

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

ANDRÉIA SABEH

THAÍS PASTORI

**Abordagem Odontológica do Paciente
Portador de Necessidade Especial no
PAIPE - USC**

BAURU – S.P.

2007

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

ANDRÉIA SABEH

THAÍS PASTORI

Abordagem Odontológica do Paciente Portador de Necessidade Especial no PAIPE -USC

**Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Universidade do Sagrado Coração para obtenção
do grau em Odontologia sob orientação da profa. Dra.
Sara Nader Marta.**

BAURU – S.P.

2007

AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Avaliação

Resultado:

Bauru/USC: __/__/__

Profa. Dra.:

Assinatura:

Profa. Dra.:

Assinatura:

AGRADECIMENTOS

A todas Crianças que como paciente ou como crianças à cada dia nos fizeram aprender a ser melhor, ensinando-nos a superar nossos limites.

À Faculdade de Odontologia da Universidade do Sagrado Coração, na pessoa da Profa. Dra. Sara Nader Marta, berço do nosso trabalho, pela confiança e incentivo.

A todos que ao longo desses anos de faculdade estiveram do nosso lado, compartilhando com idéias e ideais.

Aos amigos queridos e professores do mais alto conceito, que colaboraram para o nosso conhecimento de hoje, nossos profundos agradecimentos pela inestimável colaboração.

Aos nossos pais e familiares sempre.

EPÍGRAFE

“O que quer que você seja capaz de fazer ou imagina ser capaz comece. Ousadia contém gênio, poder e magia”

Johann Wolfgang Von Goethe

SUMÁRIO

RESUMO.....	07
ABSTRACT.....	08
1. INTRODUÇÃO.....	09
2. DESENVOLVIMENTO.....	13
2.1 RETROSPECTIVA DA LITERATURA	
2.2. METODOLOGIA	
2.2.1. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO	
2.2.2 RESULTADOS	
3. DISCUSSÃO.....	36
4. CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

RESUMO

Em países em desenvolvimento, a incidência de deficiências é de 10% da população, com 2/3 sem qualquer tipo de assistência. A USC, criou o PAIPE - Programa de Assistência Integral ao Paciente Especial, objetivando integrar o cirurgião-dentista em uma equipe multiprofissional, para a promoção/manutenção da saúde bucal deste paciente. Este programa desenvolve-se nas clínicas odontológicas para o atendimento ambulatorial e no Hospital Estadual de Bauru para o atendimento hospitalar, envolvendo profissionais das áreas: médica, fisioterapia; terapia ocupacional, enfermagem, professores e alunos de odontologia. O protocolo do atendimento, desde a matrícula do paciente no programa, é abordado neste trabalho, com o objetivo de socializar esta experiência contribuindo para que programas desta natureza sejam permanentes e multiplicados, enfatizando a importância da inclusão deste conteúdo nos cursos de graduação capacitando e conscientizando os alunos desta realidade social para que sejam profissionais envolvidos com os programas de cidadania.

ABSTRACT

In developing countries, the rate of deficiencies is at the level of 10% of populace, with 2/3 of them having no access to any form of care. USC has developed PAIPE – Portuguese abbreviation standing for Special Patient Total Care Program – with the aim of integrating the dental surgeon to a multi-professional team to promote or maintain the buccal health of such patients. The said Program is put into practice at dental care clinics for outpatient care, as well as at the State Hospital of Bauru for hospital attention, and involves professionals of the following areas: medical doctors, physiotherapists, occupational therapists, nurses, professors and students of dentistry. This article broaches the dental care protocol since the patient is enlisted in the Program, with the purpose of socializing such experience and contributing for this sort of program to be permanent and multiplied, highlighting the relevance of including this subject in the university programs of studies, in an attempt to make students qualified and aware of such social reality, for them to become professionals committed to citizenship programs.

1. INTRODUÇÃO

A ONU (Organização das Nações Unidas) estima que em países em desenvolvimento, a incidência de deficiências temporárias ou definitivas seja de 10% da população. Assim, no Brasil, pode-se prever que, com uma população de 147 milhões de pessoas, cerca de 14.700.000 são portadoras de alguma deficiência, provavelmente distribuídas em: deficiência mental (50%), física (20%), auditiva (15%), múltipla (10%) e visual (5%).

O município de Bauru, de acordo com a estimativa da população para 2005 (IBGE), de 350.492, tem cerca de 2.000 deficientes que freqüentam regularmente as diversas Instituições, além dos que a elas não têm acesso, ficando provavelmente dentro das estimativas da ONU.

O assunto é realmente amplo e complexo. A abordagem é difícil, principalmente se feita de forma condensada. Contudo a assistência ao paciente especial, envolvendo um conjunto de áreas afins (fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, neurologia, odontologia, enfermagem, terapia ocupacional, etc), precisa ser incentivada com a finalidade de somar esforços, aglutinar recursos, como parte de um esforço global que envolve aspectos técnicos e sócio-econômicos nestas diferentes áreas, uma vez que entende-se que o problema da pessoa portadora de deficiência não compete somente ao Estado, mas à toda Comunidade, que deve participar e contribuir estando consciente e sensível a esta problemática.

As causas das deficiências são muitas, estando entre elas, principalmente, as congênitas e genéticas, infecciosas, mecânicas, físicas, tóxicas, má alimentação, interação medicamentosa na gravidez, sendo que seu conhecimento pode nortear atitudes, principalmente preventivas, dentro dos diversos programas propostos nesta área.

Torna-se importante a consciência de que a melhor prevenção, é aquela que se enquadra nos níveis 1, 2 e 3 de Leavell & Clark, ou seja, a Promoção da Saúde, Proteção Específica, Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato, respectivamente, que atuam antes da instalação do problema. A prevenção tem seu início antes da mulher engravidar até depois do nascimento da criança, passando pelos períodos da gravidez e do nascimento, sendo que em todas essas etapas existem muitas atitudes que podem ser tomadas para se evitar que uma série de deficiências possam ocorrer.

Ações governamentais como os incentivos e esclarecimentos sobre a importância do acompanhamento pré-natal, da amamentação, da vacinação, e mais recentemente o Governo do Estado de São Paulo, através da Lei nº 3914 de 14 de novembro de 1983, estabelecendo a obrigatoriedade do Teste do Pezinho, nos hospitais e maternidades da rede pública e privada, para o diagnóstico precoce da Fenilcetonúria e do Hipotiroidismo, demonstram uma atitude concreta na área de prevenção neste segmento. Contudo, a realidade brasileira mostra ainda uma grande necessidade na atuação nos níveis 4 e 5 de prevenção, que são a Limitação do Dano e a Reabilitação, ou seja, o tratamento propriamente dito visando a habilitação e reabilitação do deficiente, bem como sua inserção no mercado de trabalho.

O Programa de Assistência ao Paciente Especial, visa a Assistência Integral a Deficientes Físicos e Mentais, sem distinção de raça, nacionalidade, sexo, condição sócio-econômico-culturais, faixa etária, credo ou de convicções políticas, aos pacientes de Bauru e região. Este programa tornou-se uma necessidade, como projeto de extensão e de prestação de serviço, dado o grande número destes pacientes que encontram muitas dificuldades em satisfazer suas necessidades básicas de saúde, principalmente devido às suas limitações físicas e intelectuais. A USC já atuava com o paciente especial em diversas áreas, como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia e neurologia, porém havia necessidade do atendimento odontológico.

Como constataram Gómez, e col, em 1983, os profissionais especializados na educação da criança especial, não têm conhecimentos sobre a etiopatogenia da cárie e doença periodontal bem como dos métodos preventivos destas enfermidades, conceitos esses importantes no desenvolvimento de uma Odontologia Preventiva. Por isso técnicas para melhorar a destreza manual destes pacientes, no controle da placa dentária, não são desenvolvidas. Os resultados deste trabalho, mostraram que os indivíduos com deficiências intelectuais são capazes de responder positiva e eficazmente aos treinamentos, melhorando sua destreza no controle da placa dentária.

Justificou-se, assim, a integração do cirurgião-dentista nessa equipe multiprofissional, não só para possibilitar o desenvolvimento desta prevenção mas, também, para a realização dos tratamentos cirúrgicos-restauradores que se fizerem necessários, uma vez que a prevalência de cárie é maior neste grupo de pacientes obedecendo a seguinte ordem decrescente, nos portadores de: retardo mental, paralisia cerebral, cegos, epiléticos, psicóticos, síndrome de Down e surdo-mudo.

Há, contudo, uma relutância para a realização do atendimento odontológico de pacientes especiais entre os profissionais da área que pode ser atribuída à falta de conhecimentos e treinamentos adequados, falta de sensibilidade e de confiança, remuneração inadequada e a crença de que são necessários equipamentos especiais e facilidades para que o tratamento seja realizado.

Esses aspectos são agravados quando associados aos problemas de ansiedade e apreensão dos pais, baixa prioridade, devido a numerosos outros problemas presentes na rotina diária, dificuldade dos deficientes mais graves de expressar seu problema dentário, dificuldades de transporte, de acesso (falta de construções arquitetônicas adaptadas), altos custos do tratamento, além da discrepância de opiniões entre os cirurgiões-dentistas e pais quanto a necessidade ou não do tratamento.

Entretanto, um grande número de pacientes especiais podem ser tratados em um consultório odontológico normal, e aqui pretende-se que este atendimento seja realizado em 80 a 90% dos casos em ambulatório onde, além dos conhecimentos técnicos, o cirurgião-dentista necessita de habilidades especiais para o manejo destes pacientes e muito senso humanitarista, devolvendo a eles uma boa mastigação e com isso melhorando suas condições nutricionais e de desenvolvimento. O tratamento sob anestesia geral, é realizado nas situações que realmente se fizeram necessárias e para isto buscou-se parcerias com Instituições Hospitalares, que permitem a realização deste procedimento com internação através do SUS.

O portador de Deficiência apresenta inúmeros problemas decorrentes de diferentes bases etiológicas com uma riqueza semiológica envolvida e; considerando-se:

- 1 – a probabilidade de ocorrência de distúrbios da comunicação, locomoção e sentido, que interferem de maneira substancial no seu desenvolvimento;
- 2 – os constantes problemas de ordem médica e odontológica, comprometendo, sobremaneira, seu bem estar;
- 3 - a necessidade da atuação de uma equipe multiprofissional integrada e especializada.

Justifica-se a importância do trabalho desta equipe, que busca atender às necessidades de habilitação e reabilitação, garantindo uma melhora na qualidade de vida desses pacientes, ampliando os recursos já existentes e iniciando de maneira significativa a Assistência Odontológica (ambulatorial, com sedação ou anestesia geral), ficando evidente o cunho social deste projeto.

Desta forma, tem como objetivo, integrar o paciente especial à sociedade, permitindo que ele possa trabalhar, ter vida social, etc. Desmistificando que essas

peças apresentam deficiência como sinônimo tem capacidade de participação e integração na comunidade como um todo, servindo de alerta para que a sociedade respeite suas limitações e de que elas apresentam necessidades especiais diferenciadas, mas são capazes de oferecer sua parcela à sociedade da qual participam.

O PAIPE tem como objetivo principal a Assistência Integral, ou seja, orientar as famílias e promover o desenvolvimento das potencialidades dos pacientes nos aspectos físicos, sociais e mentais; além de integrar os profissionais e estagiários das diversas áreas. Assim são realizados:

1 – Assistência integral oferecida pela equipe composta pelas áreas: Assistência Social, Psicológica, Médica (Cardiologia, Clínica Geral, Pediatria, Neurologia e Anestesiologia, Genética), Odontológica, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional a pacientes especiais da cidade e região, envolvendo profissionais, professores, alunos de graduação e de pós-graduação e funcionários.

2 - Orientações aos familiares destes pacientes relativamente às suas inter-relações pessoais e aos seus problemas de saúde, higiene, habilitação, hábitos.

3 - Esclarecimentos à comunidade leiga sobre os esforços para integrar o paciente especial em seu meio.

4 - Ampliação do campo de visão de Cirurgiões-Dentistas, Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Nutricionistas e Terapeutas Ocupacionais, através de estágios, cursos, palestras, seminários, simpósios.

5- Envolvimento dos alunos de graduação do curso de Odontologia, que além de receberem conteúdos teóricos sobre o tema abordado, têm a oportunidade de realizar estágios voluntários na área, acompanhando/realizando atendimentos ambulatoriais e hospitalares (sob anestesia geral).

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 RETROSPECTIVA DA LITERATURA

Deficiência mental foi a primeira designação encontrada para substituir debilidade mental, mais tarde, atraso mental, tornou-se o termo aprovado pela *American Association on Mental Deficiency*, logo mais usou-se o termo paciente excepcional, e hoje em dia a terminologia usada é “portadores de necessidades especiais (PNE)”. A definição de pacientes especiais já está formulada de comum acordo entre as associações de diversos países como a IADH (International Association of Dentistry for the Handicapped).

Existe uma padronização relativamente escassa no campo da excepcionalidade. Termos tais como *insano, cego, surdo, multilado e criminoso*, assim como os termos débil mental – abúlico, imbecil, idiota – foram usados para referência às várias categorias de indivíduos excepcionais. A tendência atual é de substituir essas designações, que adquiriram conotações de impotência e irremediabilidade, por outros termos menos estigmatizantes, mais suaves e de menor teor emocional.

Howard Husk (1950), conceituou Paciente Especial como sendo “todo indivíduo que se desvia física, intelectual, social e emocionalmente os padrões da normalidade e que, por isso, necessitam de cuidados especiais por uma parte de sua vida ou por toda ela”. O conceito de paciente excepcional e paciente especial diferem no fato de que um necessita de cuidados especiais por toda vida, e esse último, por tempo indeterminado ou por toda ela. É importante ressaltar também que a definição de paciente especial traz consigo a idéia de que Especial é aquele indivíduo que, embora apresente determinados desvios dos padrões de normalidade, não pode ser facilmente identificado em uma multidão.

Segundo Fourniol (1998), a visão do excepcional foi fixada em indivíduos portadores de deficiência mental e com paralisia cerebral, associada ou não a outras deficiências. O termo excepcional continua com raízes fortes, porque exprime a idéia de quem alguém necessita de ajuda para sua reabilitação à sociedade e disso são capazes, dependendo de suas potencialidades. A palavra excepcional tem influências altamente significativas perante a sociedade, é necessário esclarecer quem é o excepcional, o que ele faz, o que ele é capaz de fazer, suas capacidades e necessidades especiais. Mudar um

termo consolidado é muito difícil, seria necessária uma ampla mobilização e divulgação. Ainda são encontradas na literatura algumas definições utilizando o termo excepcionais, aqui entendido como portadores de necessidades especiais.

Paciente portador de necessidades especiais é todo indivíduo que apresenta determinados desvios dos padrões de normalidade, identificáveis ou não, o que, por isto, necessitam de atenção e abordagem especiais por um período de sua vida ou indefinidamente.

Segundo Guedes, didaticamente, estes pacientes podem ser classificados em :

	Superdotados
1 – Desvios de inteligência	Limítrofes
	Infradotados – Deficiente mental
	Favelados
2 – Desvios sociais	Alcoólatras
	Toxicômanos
	Asilados
	Medo
	Ansiedade
	Birra-manha
3 - Distúrbios comportamentais	Timidez
	Agressividade
	Disfunção cerebral mínima
	Autismo
	Comunicação oral – afasia
4 - Distúrbios de comunicação	Audiocomunicação – deficiência auditiva (surdos)
	Distúrbios visuais – deficiência visual (cegos)
	Paralisia infantil – Paralisia cerebral -
	Osteogênese imperfeita - Mielomeningocele -

5 - Distúrbios físicos	AVC (acidente vasculocerebral) – Artrite - Doença de Parkinson – Distrofia muscular - Miastenia grave – Escoliose
6 - Distúrbios psiquiátricos	Neuroses Psicoses
7 - Distúrbios congênitos	Genéticos (ex. síndrome de Down) Displasia ectodérmica – Ambientais (ex. infecções, idade da mãe) Multifatoriais (ex. D. Mental) - Fissuras labiais e palatais.
8 - Distúrbios endócrinos E metabólicos	Diabetes Fibrose cística do pâncreas Hiper e Hipotireoidismo, Paratireoidismo, Pituitarismo
9 - Doenças crônicas e sistêmicas	Cardiopatias – Dermopatias - Epilepsia - Nefropatias – Neoplasias – Pneumopatias
10 - Estados fisiológicos especiais	Geriatría e Gerontologia Gestantes

Existe contudo, uma interrelação entre estas diversas entidades, o que muitas vezes, é um complicador para a atuação com estes pacientes. Como o “deficit” intelectual que está presente em 95% dos epiléticos, 50% dos paráliticos cerebrais e 25% dos indivíduos com Síndrome de Down.

A Associação Americana de Psiquiatria descreve no DSM.IV (Classificação de doenças mentais) que a característica essencial do Retardo Mental é quando o indivíduo tem um “funcionamento intelectual significativamente inferior à média (Quociente de Inteligência -QI- menor ou igual a 70), acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, auto-cuidados, vida doméstica, habilidades sociais,

relacionamento interpessoal, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança”. Essa definição de Deficiência Mental é também adotada pela AAMR (Associação Americana de Deficiência Mental).

Segundo critérios das classificações internacionais, o início da Deficiência Mental deve ocorrer antes dos 18 anos, caracterizando assim um transtorno do desenvolvimento e não uma alteração cognitiva como é a Demência.

A capacidade de adaptação do sujeito ao objeto, ou da pessoa ao mundo, é o elemento mais fortemente relacionado à noção de normal para a Deficiência Mental e, teoricamente, deveriam ficar em segundo plano as questões mensuráveis de QI, já que a unidade de observação é a capacidade de adaptação. Assim é possível diagnosticar o Retardo Mental em indivíduos com QIs entre 70 e 75, porém, que exibam déficits significativos no comportamento adaptativo. Cautelosamente o DSM.IV recomenda que o Retardo Mental não deve ser diagnosticado em um indivíduo com um QI inferior a 70, se não existirem déficits ou prejuízos significativos no funcionamento adaptativo.

Observa-se que os efeitos da Deficiência Mental entre as pessoas são diferentes. Estima-se que aproximadamente 87% dos portadores têm limitações apenas leves das capacidades cognitivas e adaptativas e a maioria deles podem chegar a levar suas vidas independentes e perfeitamente integrados na sociedade. Os 13% restantes podem ter sérias limitações, mas em qualquer caso, com a devida atenção das redes de serviços sociais, também podem integrar-se na sociedade. No Estado de São Paulo, a Federação das APAEs, através de censo próprio realizado em 110 municípios, calcula ser de 1% da população o número de pessoas que necessitam de atendimento especializado (<http://www.quata.com.br/cartilha.htm>).

As definições citadas referem-se à Deficiência Mental como um estado onde existe uma limitação funcional em qualquer área do funcionamento humano, considerada abaixo da média geral das pessoas pelo sistema social onde se insere a pessoa. Isso significa que uma pessoa pode ser considerada deficiente em uma determinada cultura e não deficiente em outra, de acordo com a capacidade dessa pessoa satisfazer as necessidades dessa cultura. Isso torna o diagnóstico relativo.(BALLONE GJ, 2003).

As classificações existentes buscam facilitar a investigação clínica para a deficiência mental e podem adotar critérios quantitativos e qualitativos.

Classificação baseada em critérios quantitativos

A Organização Mundial de Saúde (OMS – CID.10), desde 1976, classifica as pessoas deficientes mentais, de acordo com a gravidade da deficiência, como portadoras de deficiência mental leve, moderada, severa e profunda. Este é um critério quantitativo baseado nos valores de QI. (Quadro 1).

Quadro 1: Classificação da OMS – CID.10 (Organização Mundial da Saúde)

Coeficiente intelectual- QI	Denominação	Nível cognitivo segundo Piaget	Idade mental correspondente
Menor de 20	Profundo	Período Sensório- Motriz	0-2 anos
Entre 20 e 35	Agudo grave	Período Sensório- Motriz	0-2 anos
Entre 36 e 51	Moderado	Período Pré- operativo	2-7 anos
Entre 52 e 67	Leve	Período das Operações Concretas	7-12 anos

Assim, as características apresentadas em cada grau de deficiência são:

Profunda: Constitui aproximadamente 1 ou 2% dos indivíduos com deficiência mental e apresentam incapacidade total de autonomia, incluindo também aqueles que vivem num nível de vida vegetativo.

Aguda Grave (severa): Neste grupo os indivíduos apresentam a possibilidade de se instaurar alguns hábitos de autonomia. Sua capacidade de comunicação é muito primária. Podem aprender de uma forma linear, são crianças que necessitam de revisões constantes.

Moderada: Constitui aproximadamente 10% dos indivíduos com deficiência mental. Podem conversar e aprender a se comunicar durante a idade pré-escolar, mas o máximo que podem alcançar é o ponto de assumir um nível pré-operativo. São pessoas que podem ser capazes de adquirir hábitos de autonomia contribuindo para a sua própria manutenção. Podem realizar trabalhos não-especializados e semi-especializados, sob estreita supervisão. Quando adultos podem frequentar lugares ocupacionais, adaptando-se bem à vida em comunidade.

Leve: Constitui o grupo mais amplo de deficientes mentais com aproximadamente 87% dos portadores. Apresentam limitações apenas leves das capacidades cognitivas e adaptativas e a maioria deles pode chegar a levar suas vidas independentes e perfeitamente integradas na sociedade. São perfeitamente educáveis, de forma lenta através de métodos especiais e podem chegar a realizar tarefas de complexidade média, com supervisão.

Classificação baseada em critérios qualitativos - Adaptativos:

Neste critério mais do que os índices numéricos de QI procura-se especificar o grau de comprometimento funcional adaptativo, considerando mais relevante saber em quais habilidades (comunicação, sociais) a pessoa com deficiência mental necessita de apoio, do que seus valores de QI. São critérios com descrições funcionais, centralizando-se mais no indivíduo deficiente sob o ponto de vista das suas oportunidades e autonomias, classificando-os em:

Dependentes: Casos mais graves, nos quais é necessário o atendimento por instituições. Há poucas, pequenas, mas contínuas melhoras quando o paciente e a família estão bem assistidos. Geralmente apresentam QI abaixo de 25

Treináveis: São indivíduos que necessitam de classes especiais para o treinamento de várias funções, como disciplina, hábitos higiênicos, etc. Poderão aprender a ler e a escrever em ambiente sem hostilidade, recebendo muita compreensão e afeto e com metodologia de ensino adequada. QI entre 25 e 75;

Educáveis: São indivíduos com inteligência dita “límitrofe ou lenta” e podem permanecer em classes comuns, embora necessitem de acompanhamento psicopedagógico especial. QI entre 76 e 89.

Ainda, com relação à classificação para deficientes mentais, há a proposta de Gruspun (Quadro 2), que considera a capacidade de aprendizado, o prognóstico social e o potencial de trabalho, sendo:

Quadro 2: Classificação dos deficientes mentais considerando o aspecto educacional e o potencial de trabalho (GRUSPUN)

Nível de deficiência	de	QI	Categoria educável	Prognóstico social	Potencial de trabalho
Bordeline limítrofe	ou	70-84	Lentamente educáveis, métodos comuns de aprendizagem	Independentes	Equivalente ao normal, exceto operações muito complexas: abstratas
Leve		55-69	Educáveis de forma lenta pelos métodos especiais	Independentes	Trabalho semiprotégido de operações concretas - complexidade média
Moderada		40-54	Treináveis	Semidependentes	Oficinas abrigadas, operações muito simples
Severa		25-30	Treináveis com dificuldade	Semidependentes ou dependentes	Oficinas abrigadas, operações muito simples
Profunda		0-24	Treináveis só em alguns aspectos	Totalmente dependentes	Nenhum-nulo

Etiologia da deficiência mental

A deficiência mental está diretamente relacionada ao déficit de inteligência e resulta quase sempre, de alterações na estrutura cerebral que pode ser provocada por diversos fatores tais como: metabólicos, genéticos, infecciosos ou traumáticos, que podem ocorrer antes, durante ou após o nascimento. Entretanto é importante ressaltar que, apesar do avanço tecnológico nos instrumentos de avaliação médica, em 30 a 50% dos casos não se chega a estabelecer com clareza a causa da Deficiência Mental, ficando estes casos como de etiologia desconhecida.

Didaticamente a etiologia da deficiência mental pode ser:

- Período pré-natal: São os fatores que incidirão desde a concepção até o início do trabalho de parto, e podem ser:

a) origem genética: alterações cromossômicas (numéricas ou estruturais), ex.:síndrome de Down, alterações gênicas, ex.:erros inatos do metabolismo (fenilcetonúria), esclerose tuberosa, etc.

b) nutritivos: desnutrição materna.

c) infecciosos: doenças infecciosas da mãe como sífilis, rubéola, tuberculose, toxoplasmose

d) assistência inadequada à gestante

e) químicos: consumo de drogas pela mãe

f) físicos: radiações, raios X, calor, trauma, etc

- Período natal e perinatal: São os fatores que incidirão do início do trabalho de parto até o 30º dia de vida do bebê, e podem ser:

a) anóxia e hipóxia: oxigenação cerebral insuficiente;

b) assistência deficiente durante o parto e traumas de parto;

c) icterícia grave do recém nascido - kernicterus (incompatibilidade RH/ABO)

d) prematuridade e baixo peso: PIG - Pequeno para idade Gestacional.

- Período pós-natal: São os fatores que incidirão do 30º dia de vida até o final da adolescência, e podem ser:

- a) radiações
- b) carências nutricionais, desidratação grave
- c) acidentes: afogamento, trânsito, choque elétrico, asfixia, quedas
- d) infestações: neurocisticercose (larva da *Taenia Solium*).
- e) infecções: meningoencefalites, sarampo, etc
- f) intoxicações exógenas (envenenamento): remédios, inseticidas, produtos químicos (chumbo, mercúrio).

Pretendemos aqui tecer considerações sobre algumas destas entidades, dentre as mais freqüentemente encontradas e cujos tratamentos odontológicos assemelham-se, em linhas gerais, a outras tantas isoladas.

Síndrome de Down

Foi descrita pela primeira vez por Séguin em 1846 com o nome de *idiotia furfuracea*, foi melhor caracterizada por Langdon Down, em 1866, com o nome de *idiotia mongolóide* e foi a primeira aberração cromossômica descrita na espécie humana por Lejeune e col em 1959. É a mais freqüente das aberrações cromossômicas, sendo que as estimativas são de que para 550 bebês que nascem, 01 é portador desta anomalia, que caracteriza-se por um atraso do desenvolvimento, das funções motoras do corpo e das funções mentais, o bebê é pouco ativo e molinho o que se denomina hipotonia, e segundo Epstein é a causa mais comum de deficiência mental.

A causa da Síndrome de Down é genética e é caracterizada pela trissomia do cromossomo 21, sendo que o risco do nascimento de crianças com esta alteração aumenta a medida que se aumenta a idade da mãe ao nascer a criança, indo de 0,1% de probabilidade para mulheres com menos de 35 anos até 3,5% para aquelas com 45 anos ou mais, para as que nunca tiveram outros filhos com esta síndrome. Estes números aumentam no caso de mães de diversas idades, que já tiveram um filho com a trissomia simples, indo de 1,0% para mulheres com menos de 35 anos ao nascer a criança, até 4,5% para aquelas com 45 anos em diante.

As alterações do segmento cefálico dão algumas características aos indivíduos com esta anomalia como: face e occipitus achatados, fontanelas amplas e com atraso de

fechamento, pregas epicânticas internas, fenda pálpebral oblíqua, nariz hipoplásico, ponte nasal baixa, displasia do pavilhão auricular.

As cardiopatias estão presentes em 40% dos casos e ocorrem, na maioria das vezes, devido a malformações congênitas além dos defeitos do tubo digestivo, problemas imunológicos, tegumentar (pele seca e áspera associado a hiperqueratose), no sistema ósteo-articular (instabilidade na conexão entre a 1^a vértebra-atlas e a 2^a - áxis e rótulo-femural), na articulação das palavras, oftalmológicos (estrabismo convergente, glaucoma, catarata), estão associados com muita freqüência.

Estes indivíduos apresentam na maioria das vezes um temperamento dócil e não são agressivos, podendo apresentar teimosia e birra e na maioria das vezes são muito agitados.

Com estas pessoas devem ser desenvolvidos programas de estimulação precoce que propiciam o desenvolvimento motor e intelectual, iniciando-se com 15 dias após do nascimento.

Do ponto de vista odontológico, devido a alterações crânio-faciais, pode-se observar algumas características como: terço médio da face diminuído, braquicefalia (distância bitemporal maior que a fronto-occipital), seios frontais pouco desenvolvidos, menor crescimento da maxila (face retruída no terço médio), palato duro menor em formato de ogiva, a mandíbula tem um desenvolvimento normal e por isso estes pacientes tem o que se chama de um falso prognatismo, uma vez que a relação maxila-mandíbula está alterada por deficiência da primeira .

Apresentam macroglossia e devido ao pequeno espaço para acomodação da língua, estes pacientes fazem a protusão da mesma e abertura da boca trazendo como consequência a respiração bucal, mordida aberta. A presença de línguas fissurada e geográfica podem ocorrer além de úvula bífida em 4% dos casos.

Os dentes podem se apresentar com microdontia, conóides, com hipoplasia de esmalte, dentes supranumerários, anodontia e a incidência de cárie é baixa, podendo ser atribuída a um maior título de anticorpos IgM para *S. mutans*, porém as periodontopatias apresentadas por estes pacientes são a principal dificuldade para a sua saúde bucal e parecem não estar relacionadas à presença de placa e tártaro, uma vez que estes não são tão evidentes, mas sim a uma falha no sistema autoimune, que também pode ser responsável por um aumento significativamente maior de candidíase, como comprovou CARLSTED e col.

Barr-Agholme e col., em 1992, demonstraram a maior incidência de periodontopatias através de um estudo onde, verificando a presença de *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Capnocytophagas* e *Porphyromonas gingivalis* na placa subgingival de adolescentes com síndrome de Down, encontraram maior índice de inflamação gengival, cálculo supra e subgingival, bolsa periodontal (maior que 4 mm) e perda óssea alveolar (32% mais freqüente do que no controle - 3%). Os resultados indicaram uma composição microbiana alterada na placa subgingival nestes pacientes, quando comparados com indivíduos normais, com maior freqüência de *A. actinomycetemcomitans*.

Esta maior susceptibilidade a periodontopatias pode estar relacionada à redução da capacidade de migração e quimiotaxia dos neutrófilos .

Randell e col, em 1992, concordam também que os indivíduos que apresentam síndrome de Down tem uma maior predisposição à doença periodontal, quando comparados a pessoas normais. Estabeleceram 2 grupos de estudo sendo o grupo experimental de 25 síndrômicos com idade que variou de 1 a 14 anos e controle com 25 crianças normais na mesma faixa etária. Constataram que nas crianças com a síndrome de Down as condições para uma boa saúde bucal são menos desenvolvidas como: a retirada do aleitamento materno foi mais precoce, o uso da mamadeira noturna mais freqüente, receberam menor auxílio para o estabelecimento de técnicas de escovação, a primeira visita ao dentista foi em idade mais avançada e menor uso regular de fluoretos.

Os autores concluíram que por estas razões, as práticas preventivas devem ser incrementadas para os esses indivíduos.

Isto foi confirmado em um estudo realizado por Shapira e Stbholz , em 1996, quando trabalharam com um grupo de 20 crianças (8 a 13 anos), com síndrome de Down, por um período de 30 meses. Os autores instituíram um programa de prevenção com controle de placa (prevenindo a doença periodontal), aplicação de selantes de fissuras e terapia com flúor (prevenção da cárie dentária). Os resultados mostraram uma redução significativa no índice de sangramento gengival e da cárie dentária, mostrando a efetividade do programa. Os autores concluíram que esta crianças podem ser perfeitamente integradas e motivadas para os programas preventivos, melhorando consideravelmente sua condição bucal.

Estes pacientes normalmente não apresentam problemas para a realização do tratamento odontológico ambulatorial, uma vez que são alegres, afetuosos e não vivem a

experiência de “pessoa estranha”, considerando todo mundo como membros de sua própria família.

Encefalopatias Crônicas da Infância (Paralisia cerebral)

O termo encefalopatia significa lesão maior ou menor do encéfalo, resultando em quadros clínicos os mais variados possíveis, com um grupo de desordens físicas e mentais com algumas características comuns como: perturbação da função somática - motora causada por uma lesão encefálica, o início da incapacidade ocorre na primeira infância e tem natureza não progressiva.

Vários estudos epidemiológicos realizados em países desenvolvidos apontam a ocorrência de Paralisia Cerebral variando de 1,5 a 5,9/1000. No Brasil estima-se que esta proporção seja bem mais elevada uma vez que esta não é uma doença de notificação compulsória, e agravado pelos alto índice de mortalidade infantil (que reduz o número da Paralisia Cerebral), e pelas condições de assistência pré e perinatal serem satisfatórias a pequena parcela da população. A medida que este índice se reduz, a morbidade relativa à paralisia cerebral tende a aumentar.

A etiologia da paralisia cerebral está ligada a fatores:

Genéticos - responsáveis por paraplegias espásticas, atetose generalizada e ataxia cerebelar e corresponde a menos de 5% dos casos;

Pré-natais - as mais comuns são : toxemias gravídicas - infecções (ex. rubéola, toxoplasmose), exposição à radiação, anoxia intra-uterina, eclâmpsia, hemorragias com ameaça de aborto, má posição do cordão umbilical, tóxicas (medicamentos, drogas), metabólicas (diabetes, desnutrição); responsáveis por 10 a 15% dos casos.

Perinatais - as mais frequentes são: Asfixia (anoxia ou hipóxia), hemorragia intracraniana, prematuridade e baixo peso, icterícia grave, infecção pelo canal do parto, parto distócico.

Pós-natais - as mais frequentes são: traumatismos crânio-encefálicos, processos vasculares, meningencefalites bacterianas e virais, síndromes epiléticas (West e Lennox-Gastaut); responsáveis por 10 a 15% dos casos.

A importância em se conhecer estes aspectos sobre a etiologia da paralisia cerebral está no fato de que em uma grande parte destas situações expostas acima é possível a atuação preventiva, impedindo que a mesma venha a ocorrer.

A paralisia cerebral pode ser classificada, didaticamente, de acordo com as características semiológicas dominantes, os quadros clínicos podem ser subdivididos em

três formas principais: espástica (75%), atetósica (18%) e atáxica (1a 2%), podendo ocorrer também as formas mistas.

Na forma espástica as lesões se localizam no córtex, nas áreas motoras, e tem como tipos clínicos a tetraplegia, hemiplegia e a diplegia crural, com incidência muito variável, sendo que os indivíduos afetados não tem controle voluntário dos músculos, apresentam atitudes extensoras ou flexoras generalizadas, dificuldades de locomoção e ao menor estímulo faz com que o indivíduo fique em hipertonia.

A forma atetóide, na maioria das vezes, está ligada a icterícia grave neonatal que se associa à asfixia, tendo como área afetada o sistema extrapiramidal. A evolução da forma atetóide varia muito em função da agressão inicial ao sistema nervoso, apresentando como características movimentos persistentes e involuntários, os músculos da garganta e diafragma são afetados, sendo que a deglutição é difícil e a mastigação muitas vezes não se desenvolve. A tensão emocional aumenta os movimentos e a hipertonia.

A ataxia é a forma mais rara de paralisia cerebral, e a área afetada é comumente o cerebelo ou trato cerebelar. O tono muscular é variável, mas dominado pela hipotonia, não se notando sinais de espasticidade. A coordenação “dedo-ponta do nariz” é prejudicada, com inteligência um pouco inferior a dos grupos precedentes, e a fala é pouco inteligível.

A tratamento para paralisia cerebral deve ser instituído precocemente, a fim de que se possa melhorar a capacidade pessoal do indivíduo, uma vez que não há cura para tal anomalia. Deve envolver uma equipe multidisciplinar (neurologia, fisioterapia, terapia ocupacional, foniatria, ortopedia, odontologia).

Do ponto de vista odontológico, deve-se salientar que o tratamento é o mesmo para os pacientes normais com as dificuldades inerentes de cada caso que podem dificultar os procedimentos do cirurgião-dentista, tais como os movimentos não controlados da musculatura, rigidez mandibular involuntário, facilidades de distração, retardo mental, atenção limitada, além de medo, necessidade de acompanhantes e atitudes negativas. É de grande importância a interação do cirurgião-dentista com a equipe que atende a este paciente, para que tenha uma melhor abordagem clínica. É comum encontrarmos como problemas bucais mais frequentes um aumento da incidência de má-oclusão devido as disfunções musculares e problemas respiratórios, deglutição atípica, bruxismo, pressão atípica da língua, maior incidência de problemas

periodontais e de cárie devido ao tipo de dieta (pastosa e rica em sacarose) e dificuldades de higiene bucal.

Assim o portador de paralisia cerebral é, na maioria das vezes, totalmente dependente de uma segunda pessoa para realização de suas necessidades pessoais básicas, e nisso se inclui os cuidados com a higienização da cavidade bucal (escovação, uso de fio dental), que podem ser consideravelmente melhorados com a aplicação de programas preventivos de cárie e doença periodontal, que incluem além do treinamento de escovação , a conscientização, motivação e aplicação de técnicas alternativas (para o manejo adequado do paciente), dos responsáveis.

Morales e Coromoto, em 1987, avaliaram os efeitos da paralisia cerebral sobre a erupção do primeiro molar permanente e as condições de saúde bucal dos pacientes (índice de cárie e de higiene bucal). O estudo foi realizado através da comparação de um grupo de pacientes com paralisia cerebral (experimental) e outro grupo (controle) de pacientes normais. Os resultados mostraram, para o grupo experimental, um aumento no índice de cárie (C.P.O.D.), de higiene oral (I. O. H. S.) bem como um retardo na erupção dos primeiros molares permanentes e conseqüentemente no estabelecimento de uma oclusão adequada. Chamam a atenção para a necessidade de uma odontologia integral a este grupo de pacientes que se apresentam com características especiais, mas têm o direito de um tratamento igual ao da população em geral.

Todas estas dificuldades tornam o tratamento destes pacientes mais complexo sendo de fundamental importância a análise cuidadosa de cada caso, onde as limitações dos diversos graus da paralisia cerebral devem ser consideradas para que o melhor tratamento possa ser instituído com grande investimento na prevenção. Com essa preocupação, Arsenian e col., em 1992, realizaram um estudo preliminar onde utilizaram a clorexidina a 0,12 % (Periogard) em um grupo de paráliticos cerebrais, com o objetivo de reduzir a inflamação gengival. Os resultados mostraram uma melhora significativa no quadro clínico gengival.

A saúde bucal dos indivíduos com paralisia cerebral, contudo, pode ser prejudicada por medidas terapêuticas, como a remoção cirúrgica das glândulas salivares maiores, com o intuito de reduzir a baba destes pacientes, uma vez que em muitos casos estes tem problemas com a deglutição.

Em 1996, Hallett e col., realizaram um estudo comparativo entre um grupo de pacientes com paralisia cerebral que foi submetido à remoção cirúrgica das glândulas salivares maiores e secção da inervação parassimpática e outro grupo de não operados.

Os autores verificaram um aumento significativo na incidência de cárie para o grupo dos operados, confirmando a importância da saliva nos mecanismos de proteção contra esta. Recomendam que para estes há necessidade de cuidados intensivos pré e pós-cirúrgicos para a manutenção da saúde bucal.

Assim, a instituição ou não de terapias nestes pacientes deve ser sempre um consenso entre os profissionais de diversas áreas envolvidos, para que se estabeleça a relação riscos/benefícios que os diversos tratamentos podem trazer.

Isso fica claro quando se analisa o estudo realizado por Ogasawara e col., em 1995, que mostrou uma hipoxemia significativa, prejudicando a função sanguínea, em portadores de paralisia cerebral grave, após a colocação de protetores de mordida, com a finalidade de reduzir o ruído provocado pelo atrito constante entre os dentes.

Em contrapartida observou-se uma melhora acentuada em um caso clínico de uma criança de 6 anos de idade, relatado por Davila e col., em 1996, onde a paciente portadora de paralisia cerebral tinha um comportamento de auto injúria, mordendo seu lábio inferior. Esta criança teve todos os seus dentes decíduos extraídos preventivamente, mas com o início da dentição permanente os problemas poderiam voltar a acontecer, o que foi resolvido pela colocação de um dispositivo de borracha, que foi bem tolerado pela paciente. Neste período os primeiros molares permanentes irromperam, sem causar danos à criança.

Epilepsia

É uma doença do Sistema Nervoso Central resultante de descargas elétricas irregulares desencadeadas pelos neurônios. Essas descargas elétricas são oriundas da mudança de potencial elétrico dos neurônios que têm sua membrana celular despolarizada. Não é transmitida através de gerações, não é hereditária, não leva à deficiência mental e caracteriza-se por ataques convulsivos recorrentes. As convulsões manifestam-se com movimentos abruptos, bruscos, sem a coordenação motora do paciente.

Sua etiologia é variada, atingindo desde anoxias de parto, infecções do SNC, infestações parasitárias, traumatismo encefálico, tumores do SNC, intoxicações, alterações metabólicas, lesões do córtex cerebral até as de origem idiopática.

A epilepsia pode ser classificada de várias maneiras considerando-se os eventos clínicos (tipos de crise), alterações eletroencefálicas, etiologia, fisiopatologia, anatomia e idade. A Liga Internacional Contra a Epilepsia (ILAE) tentou introduzir um esquema

universal, revisado em 1981, por tipo de crise, no qual os dados encefalográficos foram levados em consideração, porém a etiologia, idade e localização anatômicas são ignorados. Muitas outras classificações foram elaboradas, mas genericamente pode-se dizer que a epilepsia é focal e/ou centrecefálica quando as descargas elétricas se iniciam em uma área do cérebro ou são generalizadas, respectivamente. Na epilepsia focal é comum o aparecimento da aura, que é um sinal visual ou auditivo que antecede a crise, podendo o paciente sentir que vai entrar em convulsão. Os ataques epiléticos generalizados compreendem pequeno mal (crise de Ausência) e grande mal (crises tônico-clônicas) e os parciais podem ser simples ou complexos.

O tratamento da epilepsia é farmacológico e visa a proteção do paciente contra as crises, sem interferir nas suas funções cognitivas normais. Existe para isso uma grande número de medicamentos, que são administrados de acordo com o tipo de epilepsia a ser tratado, levando-se em conta, entre outros fatores a severidade da doença, a tolerância do indivíduo às drogas, etc.

Com relação aos aspectos bucais, o paciente epilético, pode apresentar hiperplasia gengival (Fibromatose Gengival Dilatante), em decorrência do uso de anticonvulsivos derivados da hidantoína. Neste estágio de hiperplasia, a gengiva apresenta-se com volume aumentado, acometendo inicialmente os espaços interdentais, com coloração rósea, sem sangramento acentuado e em casos mais severos pode recobrir as coroas dentais. Nessas condições, há a possibilidade de substituição do medicamento, segundo critérios adotados pelo médico, melhorando as condições do tecido gengival. A gengivectomia pode ser realizada, sendo o tratamento de eleição, com o paciente consciente da possibilidade de recidivas. Em alguns casos a exodontia está indicada.

Outro achado freqüente são as fraturas em decorrência de quedas ou contusões durante as crises.

Para a realização do tratamento odontológico dos pacientes com epilepsia, o cirurgião-dentista deve estar inteirado do tipo e freqüência das crises, dos fatores que as determinam, se estão sob controle, que tipo de medicamento está sendo usado, sendo de grande importância a interação com o médico que acompanha o paciente.

Assim sendo, os procedimentos odontológicos dos pacientes com epilepsia são normais, sendo que deve ser dada ênfase à prevenção, as restaurações devem ser muito polidas e as próteses bem adaptadas, evitando a formação de nichos para retenção de

placa. O uso de próteses removíveis está contra indicado, pela possibilidade de fratura e aspiração durante as crises.

O cirurgião-dentista deve contudo, estar preparado para a ocorrência de uma crise durante o tratamento. Nessa situação o profissional deve : retirar da boca do paciente tudo que esteja sendo usado para o tratamento dental, colocá-lo em decúbito lateral (para desobstrução das vias aéreas), proteger sua cabeça de traumatismos durante a convulsão, colocar entre os dentes algum objeto como um pedaço de borracha, guardanapo ou toalha dobrados, evitando-se assim que a lesão da língua, lábios, bochechas ou mesmo a fratura de algum dente. As crises convulsivas duram, na maioria das vezes de 2 a 5 minutos, devendo o cirurgião-dentista aguardar que a mesma passe, período após o qual o paciente poderá ficar confuso, deprimido. O tratamento deve ser suspenso naquela sessão, devendo o paciente deixar o consultório com acompanhante.

2.2 METODOLOGIA

2.2.1 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Atualmente o programa tem cerca de 500 pacientes em tratamento/acompanhamento e segue o seguinte protocolo de atendimento:

Ambulatorial - realizado em consultório por profissional capacitado, sempre com o acompanhamento da família e/ou responsável, naqueles pacientes com cognitivo razoável, que permita uma interação com o profissional, ou que não apresentem comprometimentos sistêmicos que inviabilizem este atendimento. A rotina estabelecida está descrita a seguir:

- Agendamento da consulta para atendimento odontológico;
- Anamnese, exame clínico e radiográfico (quando necessário e o paciente permite), com a avaliação das condições gerais e psicológicas, além das condições bucais. Durante a realização da anamnese é verificada a necessidade de encaminhamento do paciente para outras áreas: médicas (clínica geral, neurologia, cardiologia, etc), fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia; que dão suporte ao tratamento odontológico a ser realizado. Estes encaminhamentos são feitos para profissionais que atuam na USC (CEPS e nas clínicas de cada área citada) ou para os profissionais que já acompanham o paciente.
- Elaboração de plano de tratamento e orientações aos pacientes e/ou responsáveis sobre o tratamento odontológico cirúrgico-restaurador e preventivo a serem realizados; com prioridades para: eliminar dor e infecção, restabelecer a função e estética
- Tratamento odontológico cirúrgico-restaurador, ambulatorial ou hospitalar; sendo no ambulatório (90%) : contenção psicológica, física e no 10% no hospital sob anestesia geral;
- Tratamento preventivo e de manutenção – são dadas orientações aos responsáveis sobre a importância da manutenção da saúde bucal do paciente, com orientações sobre técnicas de higiene bucal, dieta, etc. Os pacientes têm retornos periódicos para realização de profilaxia profissional e raspagens.

Para este tipo de tratamento, os profissionais utilizam a contenção psicológica (Figura 1), ou seja, o condicionamento do paciente, apenas com o convencimento verbal para conseguir a colaboração. Porém, há situações em que há necessidade de contenção

física, que é feita por meio de equipamentos apropriados para este fim (Figura 2), impedindo a movimentação involuntária, presentes em muitos agravos, ou para aqueles pacientes que não colaboram com o tratamento.



Figura 1 – Contenção psicológica, condicionamento.



Figura 2 – Contenção física; imobilização dos movimentos.

Hospitalar – Realizado no Hospital Estadual de Bauru, a partir de uma parceria estabelecida com a USC. Os pacientes em que o tratamento ambulatorial não é possível, são atendidos sob anestesia geral (Figura 3), dentro da seguinte rotina:

- Agendamento da consulta para atendimento odontológico;
- Anamnese, exame clínico e radiográfico (quando e o paciente permite).
- Encaminhamento do paciente para exame médico e realização de exames prévios à intervenção sob anestesia geral, na USC;
- Agendamento e consulta pré-anestésica no Hospital Estadual e confirmação da data da intervenção;
- Internação, realização do tratamento;
- Retorno do paciente ao programa, para acompanhamento.



Figura 3 – Atendimento hospitalar sob anestesia geral.

2.2.2 RESULTADOS

O Quadro 3 ilustra os resultados obtidos no período de 2005 a setembro de 2007, em número de procedimentos executados tanto no tratamento ambulatorial como hospitalar.

Quadro 3 - Procedimentos realizados no PAIPE nos anos de 2005, 2006 a setembro de 2007

Procedimento	Quantidade
Ajuste prótese provisória	2
Aplicação de flúor	16
Aplicação de oxagel	5
Clareamento	4
Condicionamento	51
Consulta odontológica	899
Controle de placa	5
Controle de placa miorelaxante	1
Coroa de aço	1
Curativo de demora	2
Endodontia	7
Endodontia decíduo	1
Escovação supervisionada	5
Exodontia de raiz residual	35
Exodontia decíduo ou permanente	418
Gengivoplastia	4
Mantenedor de espaço funcional	2
Manutenção ortodôntica	1
Moldagem	4
Orientações Higiene Bucal	3
Profilaxia	1185
Profi-ultra-som	26
Pulpotomia decíduo	33
Radiografia panorâmica	74

Raio X periapical	60
Raio X telerradiografia	2
Raspagem por hemiarco	1794
Remoção sutura	5
Restauração com amálgama	117
Restauração com ionômero de vidro	285
Restauração com resina composta	225
Restauração provisória com IRM	191
Selante	121
Tratamento expectante	9
Verniz com flúor	28
Total	5621

3. DISCUSSÃO

A presença de algum tipo de deficiência em 10% da população em países em desenvolvimento(OMS) (referência), envolve um número considerável de indivíduos com necessidade de atenção especial, sobretudo em países como o Brasil, com dimensões continentais.

Esta população necessita, na maioria das vezes, dos cuidados de uma equipe multiprofissional, que com abordagem interdisciplinar, pode realizar tratamentos seguros trazendo ao paciente bem estar.

Os índices apontados pela OMS (referência), com relação ao tipo de deficiência, mostram que 5% apresentam deficiência mental, 2% física, 1,5% auditiva, 0,5% visual e 1% múltipla. Ainda, dos 5% de deficiência mental 87% são de grau leve. Estes dados são de suma importância uma vez que a decisão do tipo de abordagem de odontológica está intimamente relacionada com a possibilidade de interação do paciente com o meio, ou seja, a sua capacidade cognitiva, que nos portadores deficiência leve é razoável, viabilizando o tratamento ambulatorial, o mesmo ocorrendo com os deficientes físicos e visuais e auditivos, ficando apenas os mais comprometidos com necessidade intervenções em ambiente hospitalar.

Apesar disto o que se verifica é uma grande falta de assistência a esta população, independente do seu grau de comprometimento. Isto pode ser justificado, em parte, pela ausência e/ou deficiência de formação nos cursos de graduação em Odontologia, de tal forma que o cirurgião-dentista não se sente preparado e seguro o suficiente para realizar estas abordagens.

Dentro deste contexto, a USC, cumprindo seu papel de inclusão e responsabilidade social criou o Programa de Assistência Integral ao Paciente Especial (PAIPE, portaria 02/97), como projeto de extensão, trazendo ao aluno a possibilidade de formação técnica e humanista e ao paciente a melhora significativa de sua qualidade de vida.

Com base na literatura publicada e no PAIPE, este trabalho objetivou a socialização desta experiência, com a apresentação de seus resultados parciais, em números de procedimentos realizados, onde os pacientes portadores de alguma deficiência, tanto física como mental, institucionalizados ou não, provenientes de Bauru e vários municípios da região como – Avaí, Bariri, Brotas, C. César, Cesário Lange,

Dois Córregos, Itapuí, Jaci, Jaú, Lençóis Paulista, Lins, Mineiros do Tietê, Pirajuí, Piratininga, São Manuel, Torrinha, são atendidos gratuitamente.

A equipe envolvida conta com professores do curso de Odontologia, alunos de graduação (voluntários), alunos de pós-graduação (extensão) e ACD, além das áreas afins: medicina; enfermagem; psicologia; fisioterapia; fonoaudiologia; terapia ocupacional; serviço social.

Com relação ao tipo de deficiência a maioria dos pacientes são portadores de deficiência mental, seguidos de paralisia cerebral, síndromes, autismo, AVC, distrofia muscular progressiva, epilepsia, epidermólise bolhosa, esquizofrenia, Alzheimer, dentre outras.

Atualmente, com cerca de 500 pacientes matriculados em atendimento/acompanhamento, com aproximadamente 5.621 procedimentos executados no período de 2005 a setembro de 2007, conforme ilustrado no Quadro 3, destaca-se que mais que os números de procedimentos os resultados alcançados foram: para os pacientes e familiares: melhor qualidade de vida; para os alunos: conscientização desta realidade social, envolvimento em programas de cidadania e formação técnica e humana, além do incentivo do trabalho em equipe.

Seria desejável que programas desta natureza fossem permanentes e multiplicados, enfatizando-se a importância da inclusão deste conteúdo nos cursos de graduação capacitando e conscientizando os alunos desta realidade social para que sejam profissionais envolvidos com os programas de cidadania.

4. CONCLUSÃO

Os resultados até aqui obtidos permitem concluir que Programas desta natureza:

- Podem minimizar os problemas sentidos por estes pacientes e familiares, melhorando sua qualidade de vida;
- Colaborar para que a Universidade cumpra sua função social, dando atenção e formando profissionais envolvidos com o exercício da cidadania em prol dos menos favorecidos, em concordância com os princípios da Constituição da dignidade da pessoa humana, do direito à saúde e direito à igualdade;
- Devem ser ampliados e desenvolvidos de forma permanente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apae-SP disponível em <http://www.quata.com.br/cartilha.htm>. 28/05/2004.
- ARSENIAN, M. B.; PEREZ, F. E. G.; NUNES, F. D. Uso da clorexidina 0,12% (Periogard) em pacientes portadores de paralisia cerebral: um estudo preliminar. *Rev. Inst. Ciênc. Saúde*; v.10, n.2, p.43-5, 1992.
- BALLONE, G.J. - Deficiência Mental – in. **PsiquWeb**, Internet, disponível em <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/dm1.html> revisto em 2003.
- BATTAGLIA, A.; Carey, J.C. Diagnostic evaluation of developmental delay/mental retardation: an overview. *Am J Med Genet*; 117C:3-14; 2003.
- BARR-AGHOLME, M.; DAHLLOF, G.; LINDER, L.; MODEER, T. *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Campylobacter* and *Porphyromonas gingivalis* in subgingival plaque of adolescents with Down's syndrome. *Oral Microbiol Immunol*, v.7, n.4, p.244-8, Aug, 1992.
- BOURKE, L. F.; JAGO, J. D. Problems of persons with cerebral palsy in obtaining dental care. *Aust Dent J*, v.28, p.221-226, 1983.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial :1. Brasília, Brasil : Ministério da Saúde. 1992.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial :2. Brasília, Brasil : Ministério da Saúde. 1992.
- BURTON, L. The psychosocial aspects of caring for the handicapped child. In: ALBUM, M. M.; BURGERSDIJK, R., C., W. **Proceedings second international congress on dentistry for the handicapped**. Amsterdam: International Academy of Dentistry for the Handicapped, 1974.
- CARLSTEDT, K. et al. Oral carriage of *Candida* species in children and adolescents with Down's syndrome. *Int J Paediatr Dent*, v.6, n.2, p.95-100, Jun 1996.
- CROEN, L.A.; GREYER, J.K.; SELVIN, S.; The epidemiology of mental retardation of unknown cause. *Pediatrics*. 107(6):e86; 2001.

- DAVILA, J. M.; ASLANI, M. B.; WENTWORTH, E. Oral appliance attached to a bubble helmet for prevention of self-inflicted injury. **ASDC J Dent Child**, v.63, n.2, p.131-4, Mar-Apr, 1996.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; p-39-46;1994.
- EBRAN, G.: A Criança Excepcional. Editada pelo conselho municipal de cultura da prefeitura municipal de Paranaguá, 1973.
- EDWARDS, J.H. **A new trisomic syndorme**. Lancet, 1:787,1960.
- ELFORD, C. W. & SAWREY, J. M.: O Indivíduo Excepcional. Rio de Janeiro, Zahar Editoris, 1972.
- ELIAS, R. Pacientes especiais: interação medicamentosa na gravidez. **Rev bras. Odontol.** v. 52, n.5, p.18-20, Set/Out, 1995.
- DIAMENT, A.; CYPEL, S. **Neurologia infantil**. 3^a ed. São Paulo. Atheneu. 1996.
- FLEMING, J. W. **A criança excepcional : diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.
- FOURNIOL FILHO, A. **Pacientes especiais e a odontologia**. São Paulo, editora Santos, 1998.
- GÒMEZ, S.S.; WEBER, A.; CORVALÁN, J. A.; TORRES, C. Programa educativo de prevencion de caries y periodonciopatas en niños limitados. **Odontol. Chil.**, v. 31, n. 1, p. 13-8, Jul, 1983.
- GUEDEZ-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 2a ed., São Paulo, Santos, 1989, cap. 47, p. 1067-1104.
- GRUSPUN, H.A.; A família e o Ambiente do Excepcional. **Psiquiatric Atual**, set. 1972, p 45-51.
- GUPTA, D. P.; CHOWDHURY, R.; SARKAR, S. Prevalence of dental caries in handicapped children of Calcutta. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**. V.11, n. 1, p. 23-7, Mar, 1993.
- HALLETT, K., B. et al. Dental health of children with cerebral palsy following sialodochoplasty. **Spec Care Dentist**, v.15, n.6, p.234-8, Nov-Dec, 1995.
- LEAHY, J.; LENNON, M. The organization of dental care for school children with severe handicap. **Community Dent Health**, v. 3, p. 53-9, 1986.
- LEAVELL, H.R.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**, McGraw-Hill, 1976.

- LEVITON, F. J. Willingness of dentists to treat handicapped patients: summary of eleven surveys. **J Dent Handcap**, v.5, p. 13-7, 1980.
- LEJEUNE, J.; GAUTIER, M.; TURPIN, R. Étude des chromosomes somatiques de neuf enfants mongoliens. **CR Acad Sci** 248:1721, 1959.
- LEMIEUX, B. G. **Chromosome-Linked disorders pediatric neurology. Principles and practice**. Swaiman K. F., editor. The C. V. Mosby Company. St. Louis, Baltimore, Toronto, p.263, 1989.
- LIAS, R.: Odontologia de Alto Risco Pacientes Especiais. Rio de Janeiro, Livraria e Editora Revinter Ltda., 1995.
- LUCERO, R. A. F. El odontopediatra. Excelente cooperador para la rehabilitacion de los niños minusvalidos o impedidos, devoviendolos utiles a si mismo y para los demas. **Rev. Univ. Guayaquil**, v. 3, n. 65, p. 81-6, Jul/Sept, 1986.
- MAGALHÃES, M. G.; BECKER, M. M.; MILENA, S. R. Aplicação de um programa de higienização supervisionada em pacientes portadores de paralisia cerebral. **RPG**, v.4, n.2, p.109-113, Abr/Mai/Jun, 1997.
- MAKOWIECKY, N. Índice CPO-D de 196 excepcionais de 06 a 20 anos de idade, de ambos os sexos, submetidos à anestesia geral para tratamento odontológico. **Revista de Ciências da Saúde**. V.3/4, n.1/2, p. 47-57, 1984/1985.
- Manual do CAOÉ (Centro de Assistência Odontológica a Excepcionais). UNESP Araçatuba, 1984.
- Mc DONALD, R. E.; AVERY, D. R. Problemas odontológicos de criança excepcional. In: **Odontopediatria**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1986.
- MORALES, H.; COROMOTO, C. Parálisis cerebral: sus efectos sobre la erupción del primer molar permanente y las condiciones de salud-enfermedad. **Acta odontol. venez.** v.25, n. 1, p. 13-33, ene.-abr., 1987.
- MORINUSHI, T.; LOPATIN, D.E.; TANAKA, H. The relationship between dental caries in the primary dentition and anti S. mutans serum antibodies in children with Down's syndrome. **Clin Pediatr Dent**. V. 19, n. 4, p. 279-84, Summer, 1995.
- MUSTACCHI, Z. **Síndrome de Down: aspectos clínicos e odontológicos**. São Paulo, CID editora, 1990.

- OGASAWARA, T.; WATANABE, T.; HOSAKA, K.; KASAHARA, H. Hypoxemia due to inserting a bite block in severely handicapped patients. *Spec Care Dentist*, v.15, n.2, p.70-3, Mar-Apr, 1995.
- PROJETO DOWN. Centro de Informações e Pesquisas da Síndrome de Down. São Paulo, 1989.
- RANDELL, D. M.; HARTH, S.; SEOW, W.K. Preventive dental health practices of non-institutionalized Down syndrome children: a controlled study. **J Clin Pediatr Dent**, v.16, n.3, p.225-9, Spring, 1992.
- RUSSELL, G. M.; KINIRONS, M. J. study of the barriers to dental care in a sample of patients with cerebral palsy. **Community Dent Health**. V.10, n. 1, p. 57-64, Mar, 1993.
- SEILER, C. L.; CASAMASSIMO, P. S. Comparison of dentists treatment and management of normal and handicapped patients. *J Public Health Dent*, v.47, p. 115-20, 1987.
- SHAPIRA, J.; STABHOLZ, A. A comprehensive 30-month preventive dental health program in a pre-adolescent population with Down's syndrome: a longitudinal study. *Spec Care Dentist*, v.16, n.1, p. 33-7, Jan-Fev, 1996.
- STIEFL, D. J. Delivery of dental care to the disabled. *J Can Dent Assoc*, V. 47, P. 657-62, 1981.
- STORHAUG, K. Disability and oral health. A study of living conditions, oral health and consumption of social and dental services in a group of disabled Norwegians. Oslo – University of Oslo, 1989. Thesis.
- TOLEDO, O.A.; **Odontopediatria: Fundamentos para a prática clínica**. São Paulo, editora Médica Panamericana, 1986.
- VASCONCELOS, M.M.; Retardo Mental. *J Pediatr*.v.80; n.2 (Supl): S71-82; 2004.
- VONO, G.B.; VONO, A. Z.; PAVARINI, A. Odontologia para criança especial. Parte I. Odontomaster: Odontopediatria. v.1, n.5, p.1-18, 1995.
- YAVUZYILMAZ, E. et al. Neutrophil chemotaxis and periodontal status in Down's syndrome patients. *J Nihon Uniuv Sch Dent*. V. 35, n. 2, p. 91-5, Jun, 1993.
- UGAYAR, L.R.F.: **Pacientes Portadores de Necessidades Especiais**. Manual de Odontologia e Saúde Oral. São Paulo, Pancast Editora, 2000.

