



GUIA DE
**ATENÇÃO À
SAÚDE BUCAL**
DA PESSOA
COM DEFICIÊNCIA



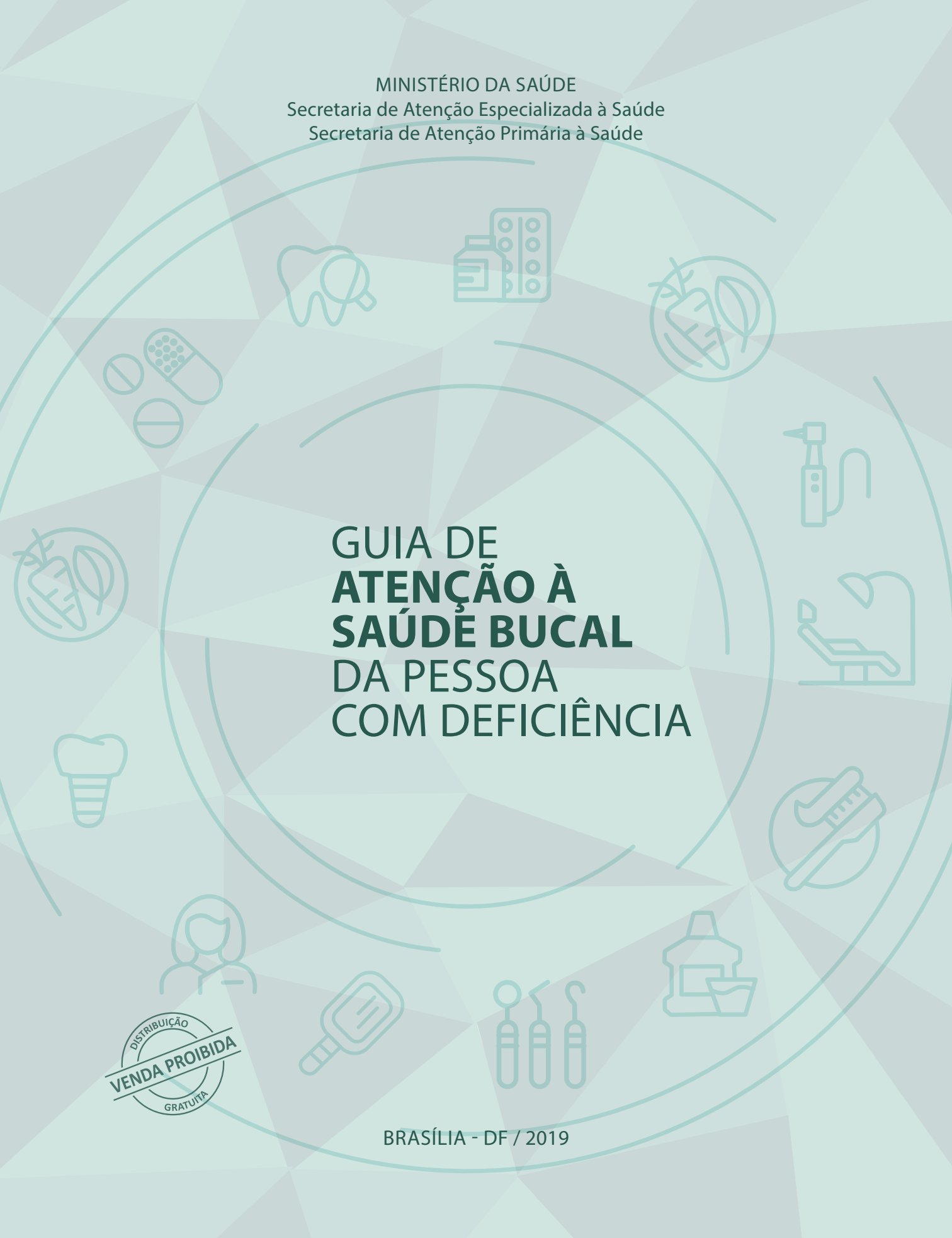
MINISTÉRIO DA SAÚDE

GUIA DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA



BRASÍLIA - DF / 2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde



**GUIA DE
ATENÇÃO À
SAÚDE BUCAL
DA PESSOA
COM DEFICIÊNCIA**



BRASÍLIA - DF / 2019



2019 Ministério da Saúde.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2019 – 150 exemplares

Elaboração, distribuição e informação:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Anexo B, 3º andar.
CEP: 70058-900. Brasília-DF
Site: www.saude.gov.br
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede,
7º andar. CEP: 70058-900. Brasília-DF
Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência
Tel.: (61) 3315-6238; 3315-9121
E-mail: peessoaacomdeficiencia@saude.gov.br
Coordenação Geral de Saúde Bucal
Tel.: (61) 3315-9145
E-mail: cosab@saude.gov.br

Editor Geral

Marcelo Campos Oliveira
Otávio Pereira D'Ávila

Organização:

Ana Beatriz de Souza Paes
Andrea Borghi Moreira Jacinto
Angela Pinto dos Santos
Cícero Kaique Pereira Silva
Denise Lins de Sousa
Diogo do Vale de Aguiar
Flávia da Silva Tavares
Flávia Santos de Oliveira
Laura Cristina Martins de Souza
Nicole Aimée Rodrigues José
Renato Placeres Ishigame
Sandra Cecília Aires Cartaxo
Sumaia Cristine Coser
Vitor Atila do Prado Mendes
Vivian de Agostino Biella Passos

Colaboração:

Adriana Gledys Zink
Aida Sabbagh Haddad
Alexandre Franco Miranda
Cerise de Castro Campos
Claudia Maria de Souza Peruchi

Erica Negrini Lia
Fernanda Cardoso Franco
José Reynaldo Figueiredo
Maria do Carmo Machado Guimarães
Maria Teresa Botti Rodrigues Santos
Odilia Brigido de Sousa
Paulo Sérgio da Silva Santos
Sara Nader Marta
Shyntia Martins Ribeiro
Vera Lúcia Carneiro

Revisão:

Odilia Brigido de Sousa
Danilo Campos da Luz e Silva
Rogéria Cristina Calastro de Azevêdo
Thereza de Lamare Franco Netto

Fotografias:

Vivian de Agostino Biella Passos
Sara Nader Marta
Vera Lúcia Carneiro
Alexandre Franco Miranda

Fotografia Capa:

Gislaine Schebeliski

Coordenação de Comunicação:

Luiz Felipe Telles

Supervisão Editorial:

Júlio Cesar de Carvalho e Silva

Diagramação, projeto gráfico, capa e ilustrações:

Roosevelt Ribeiro Teixeira

Editora responsável:

Editora/MS

Normalização:

Editora/MS

Revisão Técnica:

Nágila Verônica Sousa de Freitas

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

120 p. : il.

ISBN 978-85-334-2743-3

1. Saúde bucal. 2. Políticas públicas. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Título.

CDU 614:616.31

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2019/0233
Título para indexação: *Guide to Oral Health Care for People with Disabilities*

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ATF – Aplicação Tópica de Flúor
ATM – Articulação Temporomandibular
CDCP – <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal
CPOD – Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
DA – Doença de Alzheimer
DESF – Departamento de Saúde da Família
DAET – Departamento de Atenção Especializada e Temática
DI – Deficiência Intelectual
DSM-V – <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EDS – Escovação Dental Supervisionada
eSB – Equipe de Saúde Bucal
GMFCS – <i>Gross Motor Function Classification System</i> (Sistema de Classificação da Função Motora Grossa)
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNSPD – Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PPM – Placa Palatina de Memória
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RCPD – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
SAES – Secretaria de Atenção Especializada À Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

OBJETIVO	11
METODOLOGIA	12
INTRODUÇÃO	13
CONCEITO DE DEFICIÊNCIA.....	13
CONCEITO DE PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS NA ODONTOLOGIA	15
1 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	17
1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	18
1.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL - CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO).....	24
1.3 ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR.....	27
2 ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL	31
2.1 CARACTERÍSTICAS BUCAIS.....	32
2.2 ALTERAÇÕES BUCAIS X CONDIÇÕES SISTÊMICAS.....	32
2.3 CUIDADOS ESPECIAIS	33
2.4 ESTRATÉGIAS DE MANEJO DO COMPORTAMENTO	37

3 ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À PESSOA COM DEMÊNCIA	39
3.1 ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À PESSOA COM DOENÇA DE ALZHEIMER.....	40
3.1.1 Estágio Inicial (Fase Leve)	40
3.1.2 Estágio Intermediário (Fase Moderada)	40
3.1.3 Estágio Avançado (Fase Grave)	41
3.2 CARACTERÍSTICAS BUCAIS	41
3.3 ALTERAÇÕES BUCAIS X CONDIÇÕES BUCAIS.....	44
3.4 CUIDADOS ESPECIAIS	45
3.5 ESTRATÉGIAS DE MANEJO DO COMPORTAMENTO	48
4 ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À PESSOA COM DOENÇA DE PARKINSON	51
4.1 CARACTERÍSTICAS BUCAIS	52
4.2 CUIDADOS ESPECIAIS	53
5 ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À PESSOA COM PARALISIA CEREBRAL	57
5.1 ALTERAÇÕES BUCAIS.....	59
5.2 CUIDADOS ESPECIAIS	61
5.3 ESTRATÉGIAS DE MANEJO DO COMPORTAMENTO	64
6 ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À PESSOA COM SÍNDROME DE DOWN.....	71
6.1 CARACTERÍSTICAS BUCAIS.....	72
6.2 CUIDADOS ESPECIAIS	75

7 ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO	83
7.1 ALTERAÇÕES BUCAIS.....	86
7.2 CUIDADOS ESPECIAIS	87
8 TÉCNICAS DE MANEJO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA ODONTOLOGIA	93
9 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB SEDAÇÃO	97
9.1 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB ANESTESIA GERAL	98
9.2 ATENDIMENTO SOB SEDAÇÃO X SOB ANESTESIA GERAL.....	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	105

OBJETIVO

O objetivo deste Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência é oferecer orientações aos profissionais da Rede de Atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a qualificação da atenção odontológica a partir de estratégias para o manejo e o cuidado, de forma qualificada e segura, na lógica da integralidade e da humanização e de acordo com padrões estabelecidos por evidências científicas.

Adicionalmente às orientações mais gerais sobre o cuidado odontológico à pessoa com deficiência, o documento aprofunda questões referentes a deficiências específicas, consideradas mais prevalentes nos consultórios odontológicos e que necessitam de controle e manejo especiais em relação às condutas odontológicas. Assim, são abordadas, de maneira mais detalhada, as condições: deficiência intelectual, demência, Doença de Parkinson, paralisia cerebral, Síndrome de Down e Transtorno do Espectro do Autismo.

METODOLOGIA

A elaboração deste Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência foi uma ação conjunta entre a Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência – do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET) – e a Coordenação Geral de Saúde Bucal – do Departamento de Saúde da Família (DESF) – ambos da Secretaria de Atenção à Saúde Primária (SAPS) e Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) do Ministério da Saúde (MS).

O documento final é produto da articulação e contribuição de várias fontes: as principais políticas de saúde neste campo, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2017b), a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS (BRASIL, 2017a), a produção acadêmica sobre o cuidado odontológico à pessoa com deficiência, as contribuições de consulta pública e o diálogo com a sociedade civil.

O material elaborado baseou-se também na literatura atualizada sobre o tema, considerando estudos, limitados aos idiomas inglês e português, disponibilizados nas bases de dados *Medline via Pubmed*. Os dados foram analisados por um grupo de especialistas de diversas regiões do Brasil e de reconhecimento nacional na assistência e pesquisa, bem como por representantes da sociedade civil, a partir da discussão dos resultados oriundos do levantamento bibliográfico, da revisão crítica, da experiência clínica e da troca de experiências sobre a atenção odontológica à pessoa com deficiência.

INTRODUÇÃO

CONCEITO DE DEFICIÊNCIA

De acordo com o Relatório Mundial sobre Deficiência (OMS, 2012), a deficiência faz parte da condição humana e quase todas as pessoas têm ou terão uma deficiência, temporária ou permanente, em algum momento de suas vidas. Diversos fatores podem contribuir para isso, como o envelhecimento, o aumento da população idosa, a sobrevivência dos bebês prematuros e de baixo peso, graças à melhoria da tecnologia nos hospitais e às medicações de última geração, entre outros (OMS, 2012).

Estima-se que existam em todo mundo mais de um bilhão de pessoas com deficiência, o que corresponde, aproximadamente, a 15% da população mundial (OMS, 2012). No Brasil, 45,6 milhões de pessoas (24% da população brasileira) declararam ter alguma deficiência auditiva, física, visual e/ou intelectual (IBGE, 2010).

Os campos conceitual e assistencial da deficiência têm origem nos movimentos sociais de luta das pessoas com deficiência, obtendo reconhecimento e legitimidade com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – Nova York, Estados Unidos, 2007 – promulgada no Brasil pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009; SURJUS; CAMPOS, 2014). Esses documentos reconhecem que a deficiência é um conceito em evolução e que as pessoas com deficiência são aquelas com impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras (comportamentais e/ou ambientais), podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Portanto, não se restringe ou é atributo apenas da pessoa, mas também do ambiente à sua volta.

O conceito de pessoa com deficiência foi reforçado no texto da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

A Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência resultou numa mudança paradigmática das condutas oferecidas às pessoas com deficiência, elegendo a “acessibilidade” como ponto central para a garantia dos direitos individuais. O seu propósito é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais para todas as pessoas com deficiência e promover respeito pela sua dignidade inerente (BRASIL, 2009). Isto representa uma mudança de paradigma de uma perspectiva médica e individual (modelo médico), na qual a deficiência estaria na pessoa, para uma perspectiva social e estrutural (modelo social), em que a deficiência está na sociedade que não consegue acolher as diferentes formas de deficiência.

A deficiência, assim como a funcionalidade, compreende uma interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais (ONU, 2012).

Desde então, o Estado brasileiro tem buscado, por meio da formulação de políticas públicas, garantir a autonomia e a ampliação do acesso à saúde, à educação e ao trabalho, com o objetivo de melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD), por meio da Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, e republicada no Anexo VI da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, cujo objetivo é promover o acesso às ações e aos serviços de saúde, ofertando cuidado qualificado e humanizado, de forma integral, às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua no âmbito do SUS (BRASIL, 2017a).

Nesse contexto, a atenção à saúde bucal às pessoas com deficiência pode requerer um cuidado diferenciado, devido às características determinadas pela deficiência. Assim, o objetivo destas Diretrizes é oferecer orientações aos profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para o cuidado odontológico à pessoa com deficiência, promovendo a qualificação da atenção odontológica a partir de estratégias para o manejo e o cuidado odontológico, de forma qualificada e segura, na lógica da integralidade e da humanização e de acordo com padrões estabelecidos por evidências científicas.

Os profissionais da área da saúde devem estar preparados para oferecer um tratamento adequado e de qualidade. Dessa forma, fica clara a importância de conhecer o usuário com deficiência que irá receber cuidado para que o tratamento odontológico transcorra sem intercorrências.

CONCEITO DE PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS NA ODONTOLOGIA

O conceito de paciente com necessidades especiais na odontologia compreende todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras, incluindo as doenças hereditárias, as alterações congênitas, as alterações que ocorrem durante a vida, como as condições sistêmicas, as alterações comportamentais, o envelhecimento, entre outras (BRASIL, 2008).

A maioria das pessoas com deficiência apresenta algum tipo de limitação que a impede, por exemplo, de realizar a higiene bucal de forma eficaz. A ajuda de familiares ou responsáveis diminui a vulnerabilidade desses indivíduos para o desenvolvimento de doenças bucais (SABBAGH-HADDAD, 2007).

Embora algumas pessoas com deficiência possam estar incluídas no grupo de pacientes com necessidades especiais, essa condição não impõe, automaticamente, a necessidade de atendimento especializado em odontologia, devendo ser considerados o tipo e o grau de limitações vivenciadas pelo paciente.

ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Pode-se considerar que a reorientação da atenção à saúde bucal no Brasil iniciou-se na década de 80, com a realização da Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) em 1986 e a publicação da Portaria nº 613, de 13 de junho de 1989, que aprovou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 1986; BRASIL, 1989).

Em 2004, com a publicação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente, reforçou-se o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo de saúde bucal, respondendo a uma concepção de saúde centrada, sobretudo, na promoção da qualidade de vida, tanto pela incorporação de ações programáticas de uma forma mais abrangente quanto pelo desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2004).

As diretrizes da PNSB abordam a produção do cuidado através da proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde, baseando-se na reorganização do modelo de atenção à saúde bucal, ao qual deve ser pensado a partir de linhas de cuidado e criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar, quando necessário (BRASIL, 2004).

A linha de cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho, sendo o trabalho em equipe um de seus fundamentos mais importantes. Esta estratégia de organização da atenção tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade das ações e dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas (BRASIL, 1989; BRASIL, 2004).

A Política também visa organizar a saúde bucal no âmbito do SUS, assumindo o compromisso de qualificar a atenção primária à saúde por meio da educação permanente para as equipes e do incentivo à resolução dos problemas dos usuários, dando suporte à atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais, na perspectiva da universalidade, integralidade e equidade da atenção (BRASIL, 2004).

No âmbito intersetorial, a PNSB apresenta interface com outras ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD), instituída por meio da Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002 (BRASIL 2010a), e republicada no Anexo XIII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b). A PNSPD é voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do SUS e se caracteriza por reconhecer a necessidade de implementar respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil. Propõe também estratégias visando à atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, assegurando acesso às ações básicas e de maior complexidade, à reabilitação e aos demais procedimentos que se fizerem necessários e ao recebimento de tecnologias assistivas (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2017b).

Nesse sentido, a PNSPD se fortaleceu com a instituição da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e com a organização do cuidado numa rede de serviços de reabilitação que deve ser integrada, articulada e efetiva em diferentes pontos de atenção.

Desse modo, a organização da RAS deve ser orientada em fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde bucal (eSB), abrangendo a articulação entre todos os níveis de atenção e a interface entre as políticas de saúde, com o objetivo de garantir tanto a integralidade do cuidado quanto o fortalecimento da autonomia do usuário.

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada e o centro de comunicação da RAS, a coordenadora do cuidado e a ordenadora das ações e dos serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017b). Os princípios e as diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na APS são: Princípios – universalidade, equidade e integralidade.

Diretrizes – regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade.

As ações ofertadas na APS devem englobar, sobretudo, ações de promoção da saúde, devendo ser executadas, preferencialmente, por uma equipe multidisciplinar, abordando a saúde na sua integralidade. As ações de promoção devem visar estratégias que reduzam ou eliminem as doenças bucais mais prevalentes, como a cárie dentária, a doença periodontal e o câncer de lábio e cavidade bucal, tais como (GRIFFITHS et al., 2000):

- Adoção de hábitos de higiene bucal regulares.
- Alimentação saudável, incluindo a redução de açúcares na dieta.
- Políticas de cessação do tabagismo.
- Redução da ingestão de álcool e outras drogas.

Ressalta-se, porém, que os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças precisam ser adaptados para atender às necessidades individuais de cada usuário, considerando o diagnóstico, o prognóstico, a gravidade e o tipo de deficiência, e desenvolvidos com o apoio e o envolvimento de equipe multidisciplinar. Atenção especial deve ser dada à manutenção da saúde periodontal, promovendo técnicas eficazes de higiene bucal (GRIFFITHS et al., 2000).

Deve-se também reforçar as orientações sobre o controle dietético, principalmente de açúcares, no que se refere à prevenção de lesões de cárie dentária. É importante orientar que algumas medicações podem causar a diminuição do fluxo salivar, o qual pode culminar também no aparecimento de lesões de cárie dentária, desconforto, devido ao ressecamento, irritação da mucosa bucal, além de doenças periodontais. Em geral, as pessoas com deficiência precisam de incentivo e apoio para iniciar e dar continuidade ao tratamento odontológico, sendo fundamental a participação dos cuidadores ou responsáveis em todas as fases do tratamento, desde as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças até à execução do plano de tratamento, qualquer que seja a complexidade (GRIFFITHS et al., 2000).

Uma boa higiene bucal é um componente fundamental para um bom prognóstico do tratamento, sendo que sua correta realização pela pessoa com deficiência requer motivação e aprendizado. Uma das possibilidades para esse aprendizado é o desenvolvimento de atividades de escovação dental supervisionada (EDS) nos mais diferentes espaços sociais (escolas, creches, casas de repouso, hospitais psiquiátricos, etc.). A atividade de EDS objetiva a prevenção da lesão de cárie dentária e da gengivite, por meio do controle de acúmulo de biofilme nas superfícies dentárias do indivíduo. Tal escovação deve ser realizada por

profissional capacitado e adequada à motricidade dos indivíduos. As orientações sobre a higiene bucal, cuja finalidade é a busca da autonomia, com vistas ao autocuidado, devem ser repassadas à pessoa com deficiência e, quando possível, ao acompanhante, cuidador ou responsável (BRASIL, 2004).

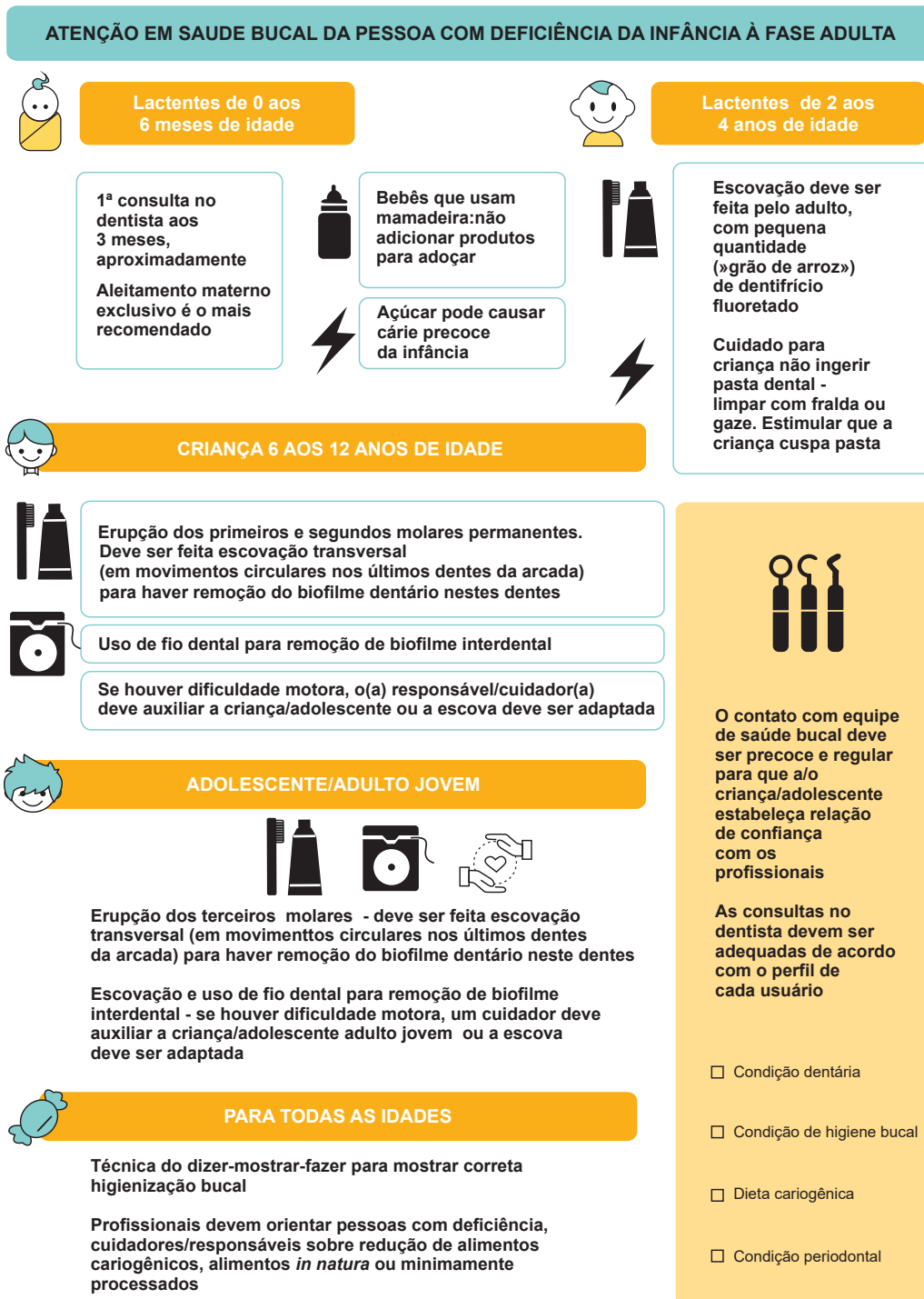
Recomenda-se a remoção do biofilme dentário e a aplicação tópica de flúor (ATF), visando ao controle de lesões de cárie dentária, por meio da utilização de produtos fluoretados, tais como soluções para bochechos, gel e verniz fluoretados (BRASIL, 2004). Salienta-se que o uso de substâncias fluoretadas exigem cuidados, pois em doses altas podem gerar toxicidade aguda ou crônica, sendo recomendado ser realizado por profissionais capacitados no caso de pessoas com deficiência (CURY; ANDRADE; QUINTANA-GOMES JR., 2004).

A prevenção de doenças bucais, principalmente a cárie dentária e a periodontal, deve ser a atitude mais enfática e relevante que a eSB precisa executar ao cuidar da pessoa com deficiência. Alterações na coordenação motora, deficiências intelectuais, más formações físicas, entre outras, podem acarretar complicações na manutenção de uma boa saúde bucal e, por isso, ações preventivas tornam-se fundamentais.

Ações de educação em saúde devem ser recomendadas aos responsáveis ou cuidadores desde o nascimento da criança, para que esta se torne um adulto com a melhor condição de saúde bucal possível.

A Figura 1 apresenta as ações de atenção à saúde bucal à pessoa com deficiência, da infância à fase adulta.

Figura 1 – Atenção à saúde bucal à pessoa com deficiência – da infância à fase adulta.



Fonte: Autoria própria - Departamento de Saúde da Família (DESF).

Em relação ao diagnóstico, este deve ser feito o mais precocemente possível, de forma a permitir que o tratamento seja instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes. Por isso, os serviços de saúde devem buscar o adequado desempenho dessas duas ações fundamentais de recuperação da saúde – diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2004).

Ainda em relação ao diagnóstico, destaca-se a inclusão de métodos que aprimorem a identificação precoce das lesões (biópsias e/ou outros exames complementares) nas rotinas de assistência. A identificação precoce de lesões da mucosa bucal deve ser priorizada, garantindo-se, na rede assistencial, atendimento integral em todos os pontos de atenção à saúde para o acompanhamento e o encaminhamento para tratamento em todos os componentes da RAS.

O tratamento deve priorizar procedimentos conservadores, visando à manutenção dos dentes e evitando perdas desnecessárias. O cuidado inicial deve estar centrado na remoção da dor, de focos infecciosos e fatores retentivos de biofilme dentário. Dessa forma, a adequação do meio bucal é uma necessidade premente, uma vez que se pode melhorar as condições bucais do usuário com procedimentos menos invasivos, como os selamentos com cimentos provisórios e o tratamento restaurador atraumático em dentes com lesões ativas de cárie dentária (ANDRADE et al., 2011).

As principais ações para a articulação entre a PNSPD e a APS, nas quais a assistência em saúde bucal deve participar, são:

- Busca ativa – identificar e localizar as pessoas com deficiência no território (área de abrangência), observando sinais e sintomas ou alterações de comportamento que possam significar dor de origem bucal. Fazer o mapeamento com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da equipe da Unidade de Saúde da Família (USF).
- Acolhimento – acolher a pessoa com deficiência e sua família. Fazer o seu cadastramento na USF e incluir algumas informações sobre a capacidade de deambulação (deslocamento), comportamento, escolaridade (se houver) e condições/riscos sociais.
- Conduitas – realizar a avaliação do usuário ou o questionário de saúde (anamnese) com a pessoa com deficiência e/ou com cuidador ou responsável, quando necessário, para planejar o tratamento odontológico na USF ou em domicílio, quando o usuário com deficiência não puder se deslocar até à USF. Priorizar o vínculo profissional com o usuário e sua família, dissipando o medo e a ansiedade por meio da comunicação.

- Manejo de comportamento – adotar técnicas que contribuam para a comunicação, a cooperação e a efetivação de um cuidado em saúde bucal com qualidade. Consiste em, basicamente, o profissional apresentar ao usuário cada passo, instrumento e ação que pretende executar, sempre iniciando do procedimento odontológico mais simples para o mais complexo, exceto em casos de urgência.

É recomendado que as eSB, além da assistência odontológica preventiva-curativa nas USF, realizem a articulação com os outros pontos de atenção da RAS e atuem junto às equipes de referência e ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), visando:

- Planejar o atendimento na clínica de forma a reduzir os fatores de estresse, como: atendimentos com hora marcada (tempo de espera mínimo); redução de ruídos no ambiente ambulatorial; e presença do cuidador ou responsável (previamente instruído), quando necessário, durante o manejo do comportamento e os procedimentos operatórios, pedindo auxílio para o posicionamento na cadeira odontológica e a comunicação com o usuário.
- Assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e mantê-la.
- Fazer o encaminhamento para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), quando houver necessidade.
- Manter o vínculo com a família e o a pessoa com deficiência por meio de retornos programados à USF ou de visita domiciliar. Compartilhar com o profissional do CEO as informações sobre os atendimentos (dificuldades, estratégias e relato dos fatos ocorridos).
- Manter sempre as relações entre as equipes para um cuidado integral, buscando-se continuamente formas de ampliar a oferta e a qualidade dos serviços prestados.

O atendimento odontológico à pessoa com deficiência possui características peculiares. Compete à eSB atender esse usuário em níveis crescentes de complexidade e, nesse sentido, acolher, realizar a anamnese, prestar assistência às queixas, orientar a realização de exames complementares, acompanhar a evolução de cada caso e, quando houver necessidade, encaminhar às unidades de atenção especializada (BRASIL, 2017b). A oferta de serviços especializados deve, preferencialmente, acontecer no Centro de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2013).

Acolhimento, busca ativa, projeto terapêutico singular, clínica ampliada – para saber mais sobre esses recursos e estratégias e sobre a articulação entre políticas de saúde e pontos de atenção, outros documentos do Ministério da Saúde poderão ajudar. Podem ser acessados pela internet:

- **Política Nacional de Humanização**
<http://redehumanizaus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>
- **Clínica ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf
- **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf

1.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL - CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)

Buscando proporcionar atendimento integral e de qualidade às pessoas com necessidades especiais e ampliar a oferta de serviços às pessoas com deficiência, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.341, de 29 de junho de 2012, que criou incentivos adicionais para os CEO que fizerem parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Para aderir à Rede, todos os CEO credenciados pelo Ministério da Saúde podem solicitar um incentivo adicional, mas devem cumprir compromissos mínimos, tais como (BRASIL, 2012b):

- Disponibilizar 40 horas semanais de cadeira odontológica, no mínimo, para atendimento exclusivo das pessoas com deficiência. Deve-se lembrar de que há três tipos de CEO, o CEO tipo I (no mínimo 3 cadeiras), que devem totalizar 120 horas de funcionamento. O CEO tipo II (4 a 6 cadeiras), que devem totalizar no mínimo 160 horas e o CEO tipo III (7 ou mais cadeiras), que devem totalizar no mínimo 280 horas de atendimento.
- Realizar apoio matricial para as eSB da atenção básica de sua área de abrangência, no tocante ao atendimento e encaminhamento de pessoas com deficiência que necessitam de atendimento odontológico especializado.
- Garantir condições de acessibilidade e mobilidade nas instalações do CEO para as pessoas com deficiência.

- Prover o CEO com profissionais de saúde bucal capacitados para o atendimento odontológico de pessoas com deficiência.

Antes do encaminhamento ao CEO, os profissionais da APS devem realizar, dentro das possibilidades de manejo da situação sistêmica e do comportamento, adequação do meio bucal e educação em saúde das pessoas com deficiência.

Os usuários e/ou seus responsáveis ou cuidadores devem ser instruídos sobre os motivos e o funcionamento da referência, do local, dos horários e da documentação necessária. O agendamento será realizado a partir da referência da APS, por meio do sistema de regulação e da ficha de referência, que encaminhará a pessoa com deficiência ao CEO (BRASIL, 2008). A equipe da USF deve descrever os motivos do encaminhamento (se de ordem física, comportamental ou devido a risco à integridade física do usuário bem como do profissional).

Após o encaminhamento, os profissionais da atenção especializada prosseguirão com os atendimentos que se fizerem necessários.

As pessoas com deficiência serão encaminhadas e atendidas no CEO, seguindo os seguintes critérios para a referência:

- A eSB da APS tenha dificuldade no manejo ou cuidado, após algumas tentativas de atendimento.
- Pessoas que apresentam comprometimentos severos, impossibilitando o atendimento na USF, devido à complexidade de sua condição de saúde e/ou à dificuldade para o cuidado que necessite de recursos indisponíveis no serviço de atenção primária à saúde.
- Os usuários que não tenham condições de retornar à USF também poderão receber consultas de manutenção no CEO, mesmo após o tratamento finalizado.

Os usuários agendados no CEO devem comparecer à consulta, acompanhados por um responsável ou cuidador, na data e hora marcadas. Na primeira consulta, serão realizados o acolhimento, o esclarecimento sobre a forma de atendimento no CEO, a assinatura de autorização para a estabilização protetora (quando indicada), a anamnese, a história médica e odontológica (hábitos, dieta, medicação em uso, comportamento), a avaliação clínica e o planejamento do tratamento. Caso seja necessário, solicitar a avaliação médica da condição de saúde geral do indivíduo ou o diagnóstico da doença de base, quando houver.

Iniciar com procedimentos simples (escovação, profilaxia, adequação do meio bucal) antes dos procedimentos operatórios mais complexos (restaurações dentárias e exodontias). Algumas pessoas com deficiência necessitam de equipamento de estabilização e profissional com experiência no manejo clínico para realizar o atendimento com segurança.

O atendimento de urgência deve ser realizado o mais breve possível, dentro das medidas de segurança, observando as comorbidades e as condições clínicas de cada usuário. Os cuidadores ou responsáveis serão orientados sobre a higiene bucal, a dieta saudável e a importância da prevenção e cooperação da família na promoção e manutenção da saúde.

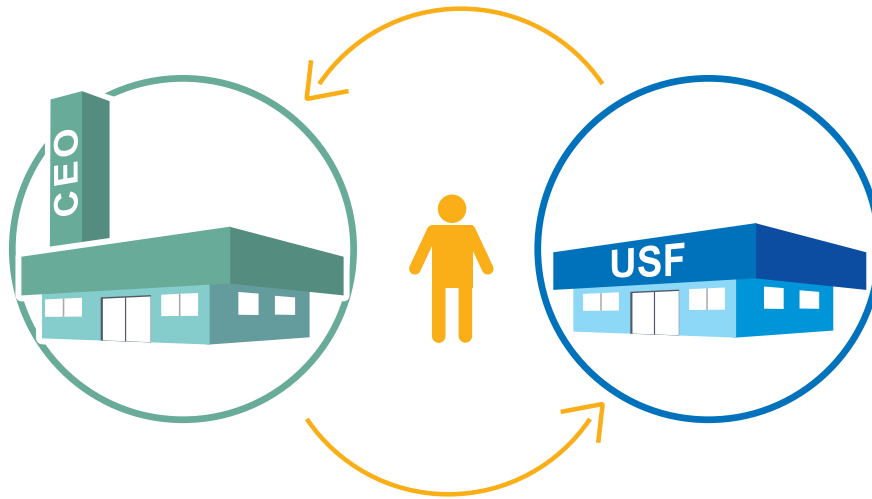
A definição do modelo de atenção, se ambulatorial ou hospitalar, é feita pelo cirurgião-dentista do CEO, responsável pelo tratamento da pessoa com deficiência, de acordo com o plano terapêutico individualizado. Quando houver indicação de tratamento odontológico sob anestesia geral, o usuário, a família e/ou cuidador ou responsável devem ser informados sobre os riscos, as expectativas de tratamento e os procedimentos que serão realizados no hospital, assim como a importância do cuidado em domicílio e dos retornos para a manutenção ambulatorial no CEO e na USF.

Anterior ao atendimento, é necessário que a pessoa com deficiência faça os exames complementares pré-operatórios e a avaliação médica clínica e pré-anestésica. O retorno pós-cirúrgico deve ser agendado no CEO, bem como programado o agendamento para a manutenção preventiva.

Após a alta na atenção especializada, é de extrema importância que o profissional do CEO realize a contrarreferência para a USF. Assim, o usuário continuará sendo acompanhado por uma eSB, preconizando, assim, a linha de cuidado integral.

Dentre as atribuições do CEO está o matriciamento para as equipes de APS e, em virtude disso, os profissionais do CEO devem estar sempre atualizados. O matriciamento aumenta a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, ampliando a rede de atendimento e melhorando a qualidade dos serviços prestados à pessoa com deficiência.

Figura 2 – Referência e contrarreferência das pessoas com deficiência - USF/CEO.



Fonte: Autoria própria - Departamento de Saúde da Família (DESF).

1.3 ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR

No âmbito da assistência hospitalar, desde 2005, o Ministério da Saúde vem adotando uma série de medidas que possibilitam a expansão da oferta de serviços hospitalares às pessoas com deficiência. A exemplo, o cirurgião-dentista passou a emitir a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a partir da publicação da Portaria nº 1.032, de 5 de maio de 2010, que incluiu o procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento às pessoas com necessidades especiais (BRASIL, 2010b). Destaca-se também a ampliação do acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim, conforme o art. 22 da Seção III do Capítulo II do Anexo VI da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a).

As pessoas com deficiência que tiverem dificuldade em receber seu cuidado na APS e no CEO, devido às suas necessidades mais complexas e/ou à impossibilidade de manejo comportamental, precisam de assistência em âmbito hospitalar. Estas condições específicas exigem abordagem odontológica sob anestesia geral ou sedação para permitir ao cirurgião-dentista a resolução do problema bucal com segurança (CASTRO et al., 2010).

Outra condição fundamental da atenção em ambiente hospitalar é a possibilidade de suporte médico para eventuais doenças sistêmicas associadas à deficiência em questão. Além deste suporte profissional, a disponibilidade de equipamentos e exames complementares da unidade hospitalar permite o manejo da pessoa com deficiência com maior segurança, em condições específicas.

O cirurgião-dentista deverá ter conhecimento da rotina de funcionamento do centro cirúrgico, das peculiaridades do ambiente e da logística para que possa melhor desenvolver suas atividades no ambiente hospitalar (ROCHA; SHINOHARA, 2012).

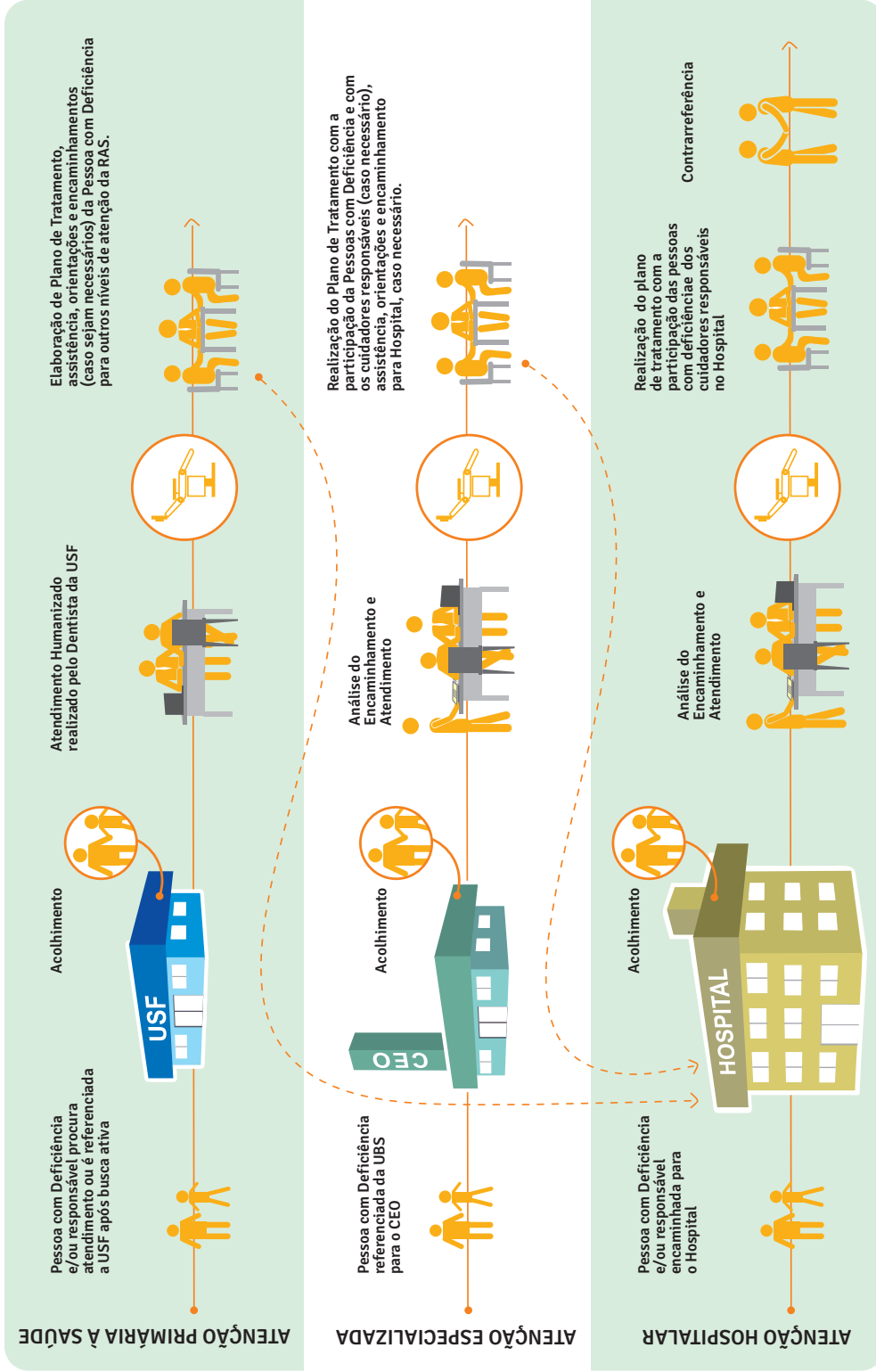
O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.032, de 5 de maio de 2010, financia tratamento odontológico em ambiente hospitalar para Pacientes com Necessidades Especiais ou Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2010b).

Reforça-se que, independente do ponto da RAS que a pessoa com deficiência é atendida, qualquer procedimento ou tratamento odontológico só deve iniciar após o consentimento prévio do usuário ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012; BRASIL, 2015b).

Segundo o Estatuto da Pessoa com Deficiência, “a pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada”. E “em caso de pessoas com deficiência em situação de curatela, deve ser assegurada sua participação, no maior grau possível, para a obtenção de consentimento” (BRASIL, 2015b).

Figura 3 – Fluxograma de referência das pessoas com deficiência na Rede de Atenção à Saúde.

FLUXOGRAMA DE REFERÊNCIA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA RAS



Fonte: Autoria própria - Departamento de Saúde da Família (DESF).

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL



Segundo a *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (2010), a Deficiência Intelectual (DI) é caracterizada por “limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, como expresso nas habilidades práticas, sociais e conceituais, originando-se antes dos 18 anos”.

A DI resulta quase sempre de alterações na estrutura cerebral, que podem ser provocadas por diversos fatores, como metabólicos, genéticos, infecciosos ou traumáticos, e ainda podem ocorrer antes, durante ou após o nascimento.

Quadro 1 – Principais causas etiológica da Deficiência Intelectual

PERÍODO PRÉ-NATAL	PERÍODO NATAL E PERINATAL	PERÍODO PÓS-NATAL
<p>Origem genética: alterações cromossômicas (numéricas ou estruturais), exemplo: Síndrome de Down, alterações genéticas, erros inatos do metabolismo (fenilcetonúria), esclerose tuberosa, entre outras.</p> <p>Nutritivos: desnutrição materna.</p> <p>Infecciosos: doenças infecciosas da mãe como sífilis, rubéola, tuberculose, toxoplasmose.</p> <p>Assistência inadequada à gestante.</p> <p>Químicos: consumo de drogas e álcool pela mãe.</p> <p>Físicos: radiações, raios X, calor, trauma, entre outras.</p>	<p>Anóxia e hipóxia: oxigenação cerebral insuficiente.</p> <p>Assistência deficiente durante o parto e traumas de parto.</p> <p>Icterícia grave do recém-nascido: kernicterus.</p> <p>Prematuridade e baixo peso: Pequeno para Idade Gestacional.</p>	<p>Radiações.</p> <p>Carências nutricionais e desidratação grave.</p> <p>Acidentes: afogamento, politraumatismos, choque elétrico, asfixia, quedas.</p> <p>Infestações: neurocisticercose (larva da <i>Taenia solium</i>) e outras.</p> <p>Infecções: meningoencefalites, sarampo e outras.</p> <p>Intoxicações exógenas: envenenamento por remédios, inseticidas, produtos químicos (chumbo, mercúrio).</p>

Fonte: Baseado em OMS (1985)

2.1 CARACTERÍSTICAS BUCAIS

As alterações bucais em pessoas com DI variam de acordo com o comprometimento neuropsicomotor e estão relacionadas à conscientização e à conduta da própria pessoa com deficiência ou dos cuidadores ou responsáveis para com a higiene bucal. Cárie dentária, gengivite e periodontopatias são as doenças mais frequentes nesses indivíduos e estão intimamente relacionadas à higiene bucal dificultada.

O uso sistemático de medicamentos pode contribuir para agravar este quadro pela redução do fluxo salivar (xerostomia), fundamental na manutenção da homeostasia bucal. Além disso, podem estar presentes maloclusões relacionadas à presença de distúrbios neuromusculares e funções de respiração e à mastigação e deglutição inadequadas. O trauma oclusal e o bruxismo são ocasionados devido à contração muscular constante nesses indivíduos (LONGO; HANKINS, 2009).

Em estudo de revisão sistemática e metanálise, que avaliou a condição de saúde bucal de crianças e adolescentes com deficiência intelectual, a análise qualitativa e quantitativa dos dados mostrou que indivíduos com DI possuíam níveis maiores de acúmulo de biofilme nas superfícies dentárias e piores condições gengivais que indivíduos sem a DI (ZHOU et al., 2017).

2.2 ALTERAÇÕES BUCAIS X CONDIÇÕES SISTÊMICAS

Os processos infecciosos na cavidade bucal levam a alterações orgânicas pela presença da microbiota periodontopatogênica e pela reação desencadeada por resposta imunoinflamatória, com liberação e grande atividade de citocinas pró-inflamatórias, que agem de forma sistêmica (SABBAGH-HADDAD, 2007).

A deficiência intelectual pode dificultar o tratamento odontológico ambulatorial. Entretanto, a saúde bucal deve ser avaliada criteriosa e periodicamente, uma vez que interfere na saúde geral e comportamental das pessoas com deficiência. Os programas de saúde bucal para essa população devem contemplar a motivação para o controle mecânico efetivo do biofilme dentário pelos próprios indivíduos e/ou por seus cuidadores ou responsáveis, dependendo do nível da deficiência intelectual.

A evolução da cárie dentária e da doença periodontal nesses indivíduos depende de diversos fatores, tais como: idade, nível da deficiência e comprometimento neuropsicomotor, qualidade da higienização bucal, se são institucionalizados ou não,

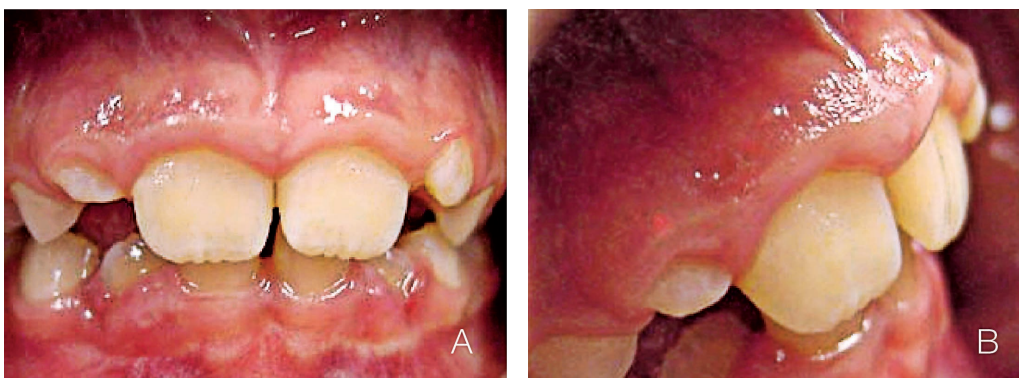
falta de colaboração, pouca destreza manual, dificuldade de assimilar as técnicas e falta de concentração no momento da escovação (SABBAGH-HADDAD, 2007).

2.3 CUIDADOS ESPECIAIS

Os cuidados especiais dependem do nível da DI, dos comprometimentos sistêmicos associados, bem como da sua relação com os cuidadores ou responsáveis. Essas observações devem ser consideradas individualmente e registradas no prontuário do usuário. Dentre os cuidados necessários, pode-se mencionar:

Verificar o uso de medicamentos, como sedativos, ansiolíticos e anticonvulsivantes, que podem provocar xerostomia e hiperplasia gengival (STEVENSON; ROBERTS; VOGTLE et al., 1995), frequentes quando da utilização de medicamentos à base de fenitoína, ácido valpróico ou valproato de sódio, fenobarbital, carbamazepina, oxcarbazepina e vigabatrina, além de bloqueadores de canais de cálcio, como a nifedipina, felodipino, anlodipina e diltiazem, e imunossupressores, como a ciclosporina (KOMAN; SMITH; SHILT, 2004).

Figura 4 – Pessoa com deficiência intelectual apresentando aumento gengival por motivo medicamentoso. (A) Vista frontal. (B) Vista Lateral.



Fonte: Arquivo de Sara Nader Marta.

Orientar o usuário e a família quanto à higiene bucal, que deve ser realizada principalmente após as refeições. Quando necessário, pode-se utilizar escovas com adaptadores no cabo para facilitar a apreensão pelo próprio usuário ou escovas elétricas para usuários com falta de coordenação motora, por facilitar a remoção do biofilme dentário (STEVENSON; ROBERTS; VOGTLE, 1995; SANTOS; NOGUEIRA, 2005). Dedeiras de acrílico para a manutenção da boca do usuário aberta para realização da técnica de escovação; abridores de boca adaptados confeccionados com espátula de madeira e gaze; passa-fio (SANTOS et al., 2010b) e fio dental especial são outros materiais importantes na remoção do biofilme das superfícies dentárias.



Figura 5 – Atividade de escovação supervisionada (Alunos da APAE-Bauru/SP)

Fonte: Arquivo de Vivian de Agostino Biella Passos.

Figura 6 - Treinamento da técnica de escovação com utilização de macromodelo.



Fonte: Arquivo de Vivian de Agostino Biella Passos.

Figura 7 – Modelo de fio dental especial indicado para crianças e pessoas que apresentam alguma limitação físico-motora.

Fonte: Arquivo de Vivian de Agostino Biella Passos.



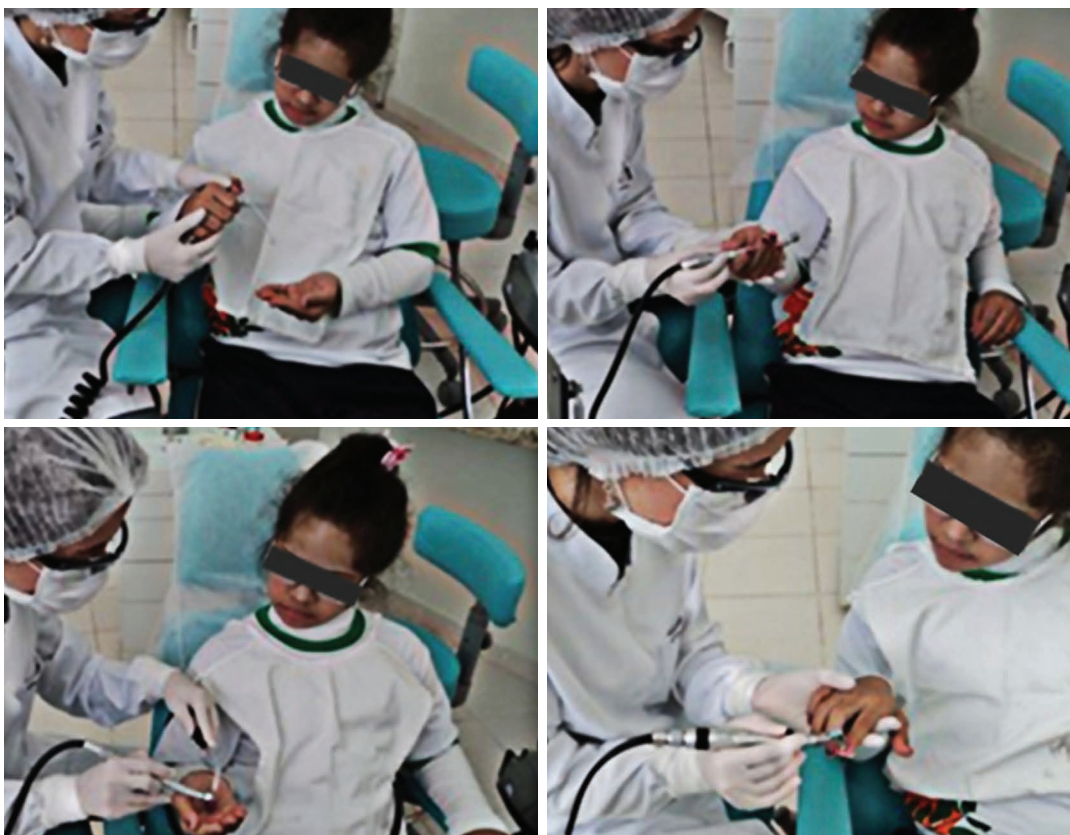
Instruir sobre a dieta saudável, restringindo o consumo de açúcares e alimentos pegajosos. As refeições devem seguir horários corretos e os medicamentos que contenham açúcares devem, preferencialmente, ser administrados nas refeições, salvo contra-indicação médica (SANTOS et al., 2010b).

Orientar o uso diário de flúor tópico em dentifrícios (SANTOS et al., 2010b), recomendando o uso de pequenas quantidades na escova sempre sob supervisão, para evitar a sua ingestão pelo usuário.

Orientar o uso sistemático e supervisionado de clorexidina a 0,12% para controlar ou reduzir os níveis do biofilme dentário, quando necessário (SANTOS et al., 2009).

Adotar técnicas de manejo comportamental no momento do atendimento odontológico, como a técnica do “dizer-mostrar-fazer” e o reforço positivo, com os usuários que não ofereçam resistência (KOMAM; SHILT, 2004; GISEL; BIRNBAUM; SCHWARTZ, 1998) e que possuam boa cognição.

Figura 8 – Técnica do “dizer-mostrar-fazer”.



Fonte: Arquivo de Vivian de Agostino Biella Passos.

Avaliar a necessidade de restrição física e/ou medicação sedativa e anestesia geral, porém sempre preferir as técnicas de manejo do comportamento não-farmacológicas.

Atentar-se para cuidados especiais em usuários com condições cardíacas que apresentem uma vulnerabilidade à endocardite infecciosa, principalmente em

procedimentos que envolvam a manipulação de tecido gengival, mucosa oral e região periapical. Para mais informações, sugere-se consultar as diretrizes da *American Heart Association* (WILSON et al., 2007).

Marcar as consultas de retorno para exame clínico e reforço da higiene oral (LANCE, 1980) em intervalos periódicos de 1 a 6 meses, dependendo do risco de desenvolvimento de doenças bucais.

2.4 ESTRATÉGIAS DE MANEJO DO COMPORTAMENTO

O sucesso do tratamento odontológico depende do estabelecimento de vínculo entre o profissional, o usuário e a família.

A abordagem de manejo do comportamento para o tratamento odontológico depende do nível de compreensão e colaboração do usuário. Assim, nas deficiências leves, a abordagem é semelhante à abordagem com o indivíduo sem deficiência. Já nas deficiências intelectuais moderada, grave e profunda poderão ser utilizadas as técnicas de estabilização protetora (KOMAM; SMITH; SHILT, 2004).

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À PESSOA COM DEMÊNCIA



O envelhecimento populacional é uma realidade crescente no Brasil e no mundo e demanda a capacitação dos profissionais da área da saúde para o atendimento às pessoas idosas, considerando os aspectos peculiares envolvidos em seu contexto biopsicossocial.

Diante das várias enfermidades comuns à pessoa idosa, além das doenças crônicas, como a diabetes mellitus e a hipertensão arterial, os quadros demenciais merecem atenção especial diante do impacto que causam sobre a perda da autonomia e dos cuidados pessoais, como uma correta higienização bucal.

A demência pode ser definida como uma desordem caracterizada por um declínio da cognição, envolvendo uma ou mais áreas do domínio cognitivo, como o aprendizado, a memória, a linguagem, a função executiva, a capacidade de julgamento, a atenção, bem como por alterações motoras e de convívio social. Assim, é importante que o cirurgião-dentista entenda sobre essas condições. As deficiências apresentadas por pessoas com demência causam impacto nas atividades de vida diária e na independência, gerando a necessidade de cuidadores ou responsáveis para a realização das mesmas (SHADLEN et al., 2014).

Embora a prevalência da demência aumente com a idade, não pode ser considerado um acometimento inerente ao envelhecimento (OMS, 2012).

No Brasil, a prevalência média de casos de demência é mais alta que a média mundial, sendo maior entre mulheres e analfabetos. Projeções apontam para um pequeno crescimento na taxa de incidência na população com idade acima de 65 anos, de 7,6% para 7,9% entre 2010 e 2020, ou seja, 55 mil novos casos por ano no Brasil são esperados (BURLÁ et al, 2013).

Os principais tipos de demência são: Doença de Alzheimer, Demência Vascular, Demência com Corpos de Lewy e Demência Fronto-Temporal (CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

3.1 ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À PESSOA COM DOENÇA DE ALZHEIMER

A Doença de Alzheimer (DA) é o tipo de demência mais prevalente e a que conta com mais relatos e estudos existentes, reforçando-se a importância da promoção da saúde bucal. Para uma maior compreensão de sua progressão, a DA é dividida, didaticamente, em três fases: leve, moderada e grave. Essa divisão contribui para um melhor direcionamento das condutas clínicas, da adaptação e do manejo do cirurgião-dentista nas estratégias dos atendimentos (MIRANDA et.al., 2010; MONTENEGRO; MARCHINI, 2013; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2014).

3.1.1 ESTÁGIO INICIAL (FASE LEVE)

O estágio inicial pode passar despercebido, sendo confundido com o processo do envelhecimento. Nesse estágio, a pessoa pode apresentar problemas de linguagem; perda significativa da memória recente; não saber a hora ou o dia da semana; perder-se em locais conhecidos; sentir dificuldade na tomada de decisões; pode ficar inativo ou desmotivado; sofrer mudanças de humor, depressão, ansiedade e perda de interesse; e reagir, com agressividade em determinadas ocasiões. Do ponto de vista do atendimento odontológico, em relação aos outros estágios da doença, é um momento que permite maior participação e cooperação para as atividades clínicas planejadas (MIRANDA et. al., 2010; MIRANDA et. al., 2012).

3.1.2 ESTÁGIO INTERMEDIÁRIO (FASE MODERADA)

As limitações nesta fase ficam mais claras e mais graves. A pessoa apresenta dificuldades no seu dia a dia e pode ficar com a memória muito prejudicada, especialmente em relação a momentos recentes e nomes de pessoas próximas. É um momento que demanda compreensão familiar e estratégias específicas de cuidado por parte dos cuidadores ou responsáveis e profissionais da saúde, como o cirurgião-dentista. A maioria das pessoas, nesse estágio, é idosa, com dificuldades para viver sozinha, realizar tarefas domésticas (cozinhar, limpar ou fazer compras) e falar, pode apresentar problemas comportamentais, como repetir perguntas, gritar, distúrbios do sono, alucinações e perda espacial, bem como dependência, parcial ou total, de cuidadores e familiares para os cuidados pessoais, como as ações de higienização bucal e/ou de próteses. Estratégias

e planejamentos interdisciplinares devem ser realizados pelo cirurgião-dentista, como uso de fármacos tais quais benzodiazepínicos e/ou assistência odontológica domiciliar (GURGEL; MIRANDA, 2012).

3.1.3 ESTÁGIO AVANÇADO (FASE GRAVE)

O estágio avançado é caracterizado por uma total dependência e inatividade, associadas ao constante apoio de cuidadores, familiares e profissionais da saúde, que buscam estratégias específicas para a promoção da saúde bucal e a qualidade de vida dessas pessoas. A pessoa idosa pode apresentar dificuldade de deglutição (disfagia) e de alimentação; perda da capacidade de comunicação, entendimento e interação; não reconhecimento de familiares, amigos e objetos pessoais; dificuldade para caminhar, estando, geralmente, acamada ou em cadeira de rodas; e pode apresentar, ainda, apatia e comportamentos inapropriados em público e em casa.

Nessa fase, a assistência domiciliar é primordial para o acesso aos serviços odontológicos, bem como condutas clínicas de mínima intervenção que visam à adequação do meio bucal e à qualidade de vida desses usuários. Ressalta-se, também, o atendimento odontológico em nível hospitalar e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para esse público, a partir de planejamentos interdisciplinares, envolvendo toda a equipe de saúde e os familiares (MIRANDA; MONTENEGRO, 2010; ROCHA; MIRANDA, 2013).

3.2 CARACTERÍSTICAS BUCAIS

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010, a taxa de edentulismo em pessoas idosas (faixa etária entre 65 e 74 anos de idade) era alta e a proporção de indivíduos que não necessitavam de prótese correspondia a apenas 7,3% idosos (BRASIL, 2012a)

Atualmente, a PNSB vem modificando gradativamente essa realidade, por meio do provimento de maior acesso da população brasileira aos serviços de saúde bucal e da instituição de medidas públicas de prevenção da cárie dentária e da doença periodontal (BRASIL, 2012a).

Muitos são os problemas bucais das pessoas idosas na atualidade, entretanto, estudos apontam para o agravamento desta situação em pessoas com demência, principalmente pela perda dos cuidados pessoais de higienização bucal, visitas irregulares ao cirurgião-dentista, falta de acesso aos serviços odontológicos capacitados e carência de assistência domiciliar e hospitalar.

Os principais problemas manifestados na cavidade bucal são:

- Higiene bucal deficiente, pois a maioria das pessoas idosas com comprometimento da funcionalidade pode apresentar apraxia e apatia, além da perda cognitiva e da memória, e nem sempre recebe auxílio adequado por cuidadores ou responsáveis (MIRANDA et al., 2010).
- Hipossalivação (diminuição do fluxo salivar) de origem medicamentosa (FRIEDLANDER et al., 2006).
- Aumento da prevalência de gengivite, periodontite, cárie dentária e de lesões de mucosa e fúngicas, como a candidose (FRIEDLANDER et al., 2006; MIRANDA et al., 2010).
- Acúmulo de saburra no dorso lingual, devido à dificuldade de higienização (MORISHITA et al. 2016).
- Uso contínuo de próteses de qualidade questionável, sem interrupção durante o sono, o que aumenta a prevalência de candidose bucal (estomatite protética) (FRIEDLANDER et al., 2006).
- Dificuldade mastigatória, originada também pela deficiência de controle neurológico, além do edentulismo e da reabilitação protética inadequada (NICOLAS et al., 2007).

Figura 9 – Interface das demências, da atuação da equipe multiprofissional e da saúde bucal.



Fonte: Adaptado de Rozas et al. (2017).

3.3 ALTERAÇÕES BUCAIS X CONDIÇÕES BUCAIS

A prevalência de problemas bucais na demência pode ser agravada pela coexistência de outras condições sistêmicas que se caracterizam por provocarem alterações importantes no sistema estomatognático. Entre tais condições, a diabetes mellitus destaca-se por apresentar manifestações bucais com impacto relevante na saúde do indivíduo, especialmente por ter sua prevalência majorada em idade superior a 65 anos (FRANKE et al., 2013).

Em um estudo que examinou a associação da diabetes mellitus com o desencadeamento de demências (Doença de Alzheimer, demência vascular ou qualquer outro tipo de demência) e deficiência cognitiva média, a metanálise dos dados quantitativos de estudos longitudinais mostrou que usuário com diabetes mellitus têm mais risco para desenvolvimento de tais doenças, mas que para a condição de deficiência cognitiva média, estudos com maior qualidade são necessários. Os autores sugerem que uma atenção deve ser dada a usuários diabéticos para prevenção de desenvolvimento de demências (CHENG et al., 2012).

As alterações bucais observadas no usuário com diabetes mellitus, embora não específicas, têm sua incidência ou progressão favorecidas pelo descontrole glicêmico. Os distúrbios da cavidade bucal mais frequentes nos diabéticos são: xerostomia, hipossalivação, síndrome de ardência bucal, glossodinia, distúrbios da gustação (disgeusia), infecções, ulcerações na mucosa bucal, hipocalcificação do esmalte, perda precoce de dentes, dificuldade de cicatrização, doença periodontal, hálito cetônico e líquen plano (WILSON et al., 2010; ALVES et al., 2007; REES, 2000). A hipossalivação pode causar glossodinia, úlceras, queilites, língua fissurada, lesões de cárie dentária e dificuldade de retenção das próteses, com trauma dos tecidos moles, o que predispõe a infecções (VERNILLO, 2003). Esse fator tende a se agravar em fases de descontrole metabólico, devido à desidratação aumentar os gradientes osmóticos dos vasos sanguíneos em relação às glândulas salivares, reduzindo a secreção de saliva (MOORE et al., 2001).

Outra condição sistêmica de relevância na pessoa idosa, especialmente indivíduos internados em UTI e com etiologia relacionada à cavidade bucal, consiste na pneumonia nosocomial (adquirida em ambiente hospitalar) e associada à ventilação mecânica (GONZÁLEZ-CASTILLO et al., 2014; LONDE et al., 2017; MIRANDA et al., 2017). Além disso, evidências sugerem que a higiene bucal é deficiente em usuários hospitalizados (SACHDEV et al., 2013; SILVA et al., 2016; MIRANDA, 2017) e que o biofilme dentário e saburra lingual constituem reservatórios microbianos de patógenos respiratórios gram negativos que podem levar à pneumonia por aspiração (infecção hospitalar) (MIRANDA,

2016). Dessa forma, o controle da microbiota bucal nesses indivíduos poderá reduzir a taxa de colonização da cavidade bucal por patógenos respiratórios e, conseqüentemente, evitar a ocorrência de pneumonia nosocomial e associada à ventilação mecânica. Medidas educativas, preventivas e clínicas de higiene bucal por meios mecânicos ou agentes químicos devem ser intensificadas na UTI na assistência à pessoa idosa frágil (NEEDLEMAN et al., 2011; MIRANDA, 2017).

3.4 CUIDADOS ESPECIAIS

A realização de uma minuciosa anamnese é primordial para o atendimento odontológico de pessoas idosas com demência. É necessário identificar todos os problemas de saúde que cursam junto com a demência (hipertensão arterial, diabetes mellitus, problemas renais), a lista de medicamentos em uso e o conhecimento do diagnóstico, estadiamento e prognóstico da demência apresentada. É importante a interação com o médico do usuário, pois pode haver a necessidade do manejo de determinados medicamentos para adequação do comportamento (sedação oral), facilitando, desta forma, o atendimento odontológico em nível ambulatorial (MIRANDA; LIA; MONTENEGRO, 2009; MIRANDA et. al., 2017). Além disso, faz-se necessário o conhecimento de interações farmacológicas dos medicamentos em uso com aqueles prescritos pelo cirurgião-dentista e de reações adversas na cavidade bucal.

As condutas em odontologia deverão ser pautadas de acordo com as fases de progressão da demência (fase inicial, moderada e avançada) e adequadas às necessidades individuais de cada usuário, considerando o quadro evolutivo em questão (FRIEDLANDER et al., 2006; MIRANDA et. al., 2010).

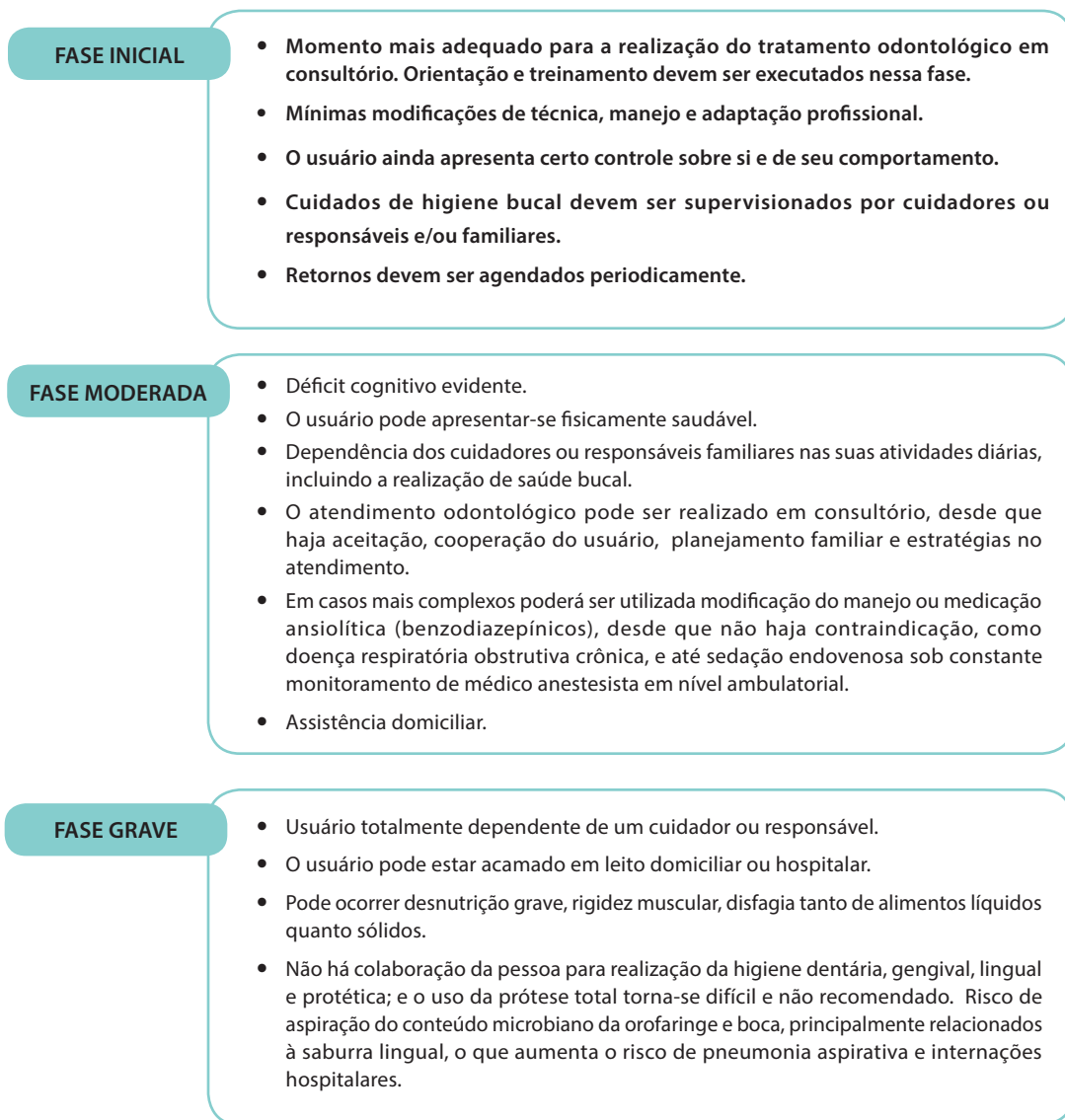
Além disso, chama-se a atenção para o desenvolvimento da disfagia progressiva para alimentos líquidos e sólidos, que demanda um sistema de sucção bastante eficiente durante os procedimentos odontológicos em consultório que necessitem de irrigação ou até mesmo durante a escovação dentária realizada por cuidadores e familiares.

Na medida em que a demência evolui, o usuário apresenta dificuldade crescente de interpretar e verbalizar a dor. Alterações de comportamento que indicam dor devem ser observadas, como: recusa por alimentos duros ou frios, contorção do rosto, aumento do fluxo salivar, inquietação, perturbação do sono, não uso da prótese, falta de cooperação para a realização de atividades diárias e até mesmo quadro de delírio (FISKE et al., 2006).

É comum que a higiene bucal não seja priorizada pelos cuidadores ou responsáveis, pois comumente estes se encontram sobrecarregados em função da demanda de

cuidados intensivos prestados a pessoas idosas. Além disso, há dificuldades relacionadas ao comportamento, como agressividade e resistência na aceitação dos cuidados (FRIEDLANDER, 2006).

Figura 10 – Fases da demência e cuidados à saúde bucal.



Fonte: Baseado em Fiske et al. (2006); Friedlander (2006); Miranda et.al. (2010); Miranda e Montenegro (2010); Bruni et.al. (2012); Gurgel e Miranda (2012); Rocha e Miranda (2013); Marques et.al. (2014); Dantas et.al. (2015); e Miranda (2017).

Figura 11 – Pessoa idosa em atendimento odontológico domiciliar.

Fonte: Arquivo de Alexandre Franco Miranda.



Figuras 12 e 13 – Higienização lingual para a eliminação de saburra – diminuição do nicho bacteriano e melhora da condição bucal em usuário idoso com Doença de Alzheimer internado na UTI. Pessoa idosa em atendimento odontológico domiciliar.

Fonte: Arquivo de Alexandre Franco Miranda



O cirurgião-dentista deve fazer parte da equipe multi e interdisciplinar que cuida do indivíduo com demência, desde o seu diagnóstico, de forma que o tratamento odontológico possa ser planejado em todo o curso da doença e não se resume apenas a uma intervenção de urgência ou necessidade pontual. As implicações da demência na higiene bucal e no tratamento odontológico agravam-se com o crescente comprometimento cognitivo, o qual torna o indivíduo cada vez menos capaz de expressar suas necessidades ou anseios; compreender e expor os sintomas; participar no processo de tomada de decisões sobre o tratamento; assinar o termo de consentimento informado; tolerar intervenções odontológicas demoradas e complexas; e entender e aceitar a rotina diária de condutas para a promoção da saúde bucal.

É importante ressaltar que se a pessoa idosa estiver interdita judicialmente, ou ainda, com dificuldade de participar do processo de tomada de decisão e dar o consentimento para a realização do tratamento, o seu responsável legal deverá assumir essa função, assinando todos os documentos necessários, como prontuários, desenvolvimento clínico e evolução dos tratamentos executados (MONTENEGRO; MARCHINI, 2013).

3.5 ESTRATÉGIAS DE MANEJO DO COMPORTAMENTO

Alguns princípios gerais devem ser observados na condução do usuário com demência, como consultas curtas e objetivas e instruções claras e curtas, repetidas sempre com as mesmas palavras. Outras sugestões são a utilização de música e uma maior socialização do cirurgião-dentista e da equipe com a pessoa idosa, o que contribui para tratamentos mais tranquilos e de sucesso clínico. Da mesma forma, como o usuário frequentemente faz as mesmas perguntas, é inútil dizer “eu já lhe disse isso”, pois essa abordagem aumenta o sentimento de confusão. Outro aspecto consiste na labilidade emocional que provoca oscilações entre rir e chorar dentro de um curto espaço de tempo.

A distração constitui uma estratégia de enfrentamento útil, não focando na mudança de humor. O contato visual é importante e a presença do cuidador ou responsável segurando as mãos do usuário diminui o estresse e a ansiedade da pessoa idosa (FRIEDLANDER et al., 2006; MONTENEGRO; MARCHINI, 2013). Em casos mais complexos, que não possibilitam o manejo comportamental, os métodos farmacológicos podem ser úteis, como a sedação oral (MIRANDA et. al., 2009; MIRANDA et. al., 2017).

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À PESSOA COM DOENÇA DE PARKINSON



A Doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa progressiva e irreversível, caracterizada por tremor ao repouso, rigidez muscular, bradicinesia e distúrbios da marcha que levam à instabilidade postural. Entretanto, embora, tradicionalmente, a Doença de Parkinson tenha sido diagnosticada como um distúrbio motor, hoje é reconhecida como uma desordem complexa que inclui diversas características clínicas, como manifestações neuropsiquiátricas, perda cognitiva e demência, psicoses e alucinações, depressão, ansiedade, apatia, distúrbios do sono, fadiga, além de disfunção autonômica, dor, distúrbios sensoriais, alterações dermatológicas e rinorreia (CHOU, 2018).

No Quadro 2 são elucidados, de maneira resumida, os principais sinais e sintomas motores e não motores associados à Doença de Parkinson.

Quadro 2 – Sinais e sintomas motores e não motores associados à Doença de Parkinson.

MOTORES	NÃO MOTORES
Tremores no estado de repouso	Disfunção autonômica (hipotensão ortostática, xerostomia, arritmias cardíacas, sudorese excessiva, constipação intestinal, retenção urinária e a disfunção sexual)
Acinesia (dificuldade em iniciar movimentos voluntários e involuntários, gerando redução da expressão facial, dificuldade de deglutição e de piscar os olhos)	Distúrbios do sono (insônia, apneia do sono, sonolência matinal)
Rigidez da musculatura esquelética	Distúrbios comportamentais (depressão, deficiência cognitiva, demência)
Instabilidade postural	Psicose induzida por medicamentos (delírios paranoides)
Distúrbios da marcha	
Disfagia	
Micrografia (diminuição do tamanho da letra da escrita)	

Fonte: Baseado em Friedlander et al. (2009).

A Doença de Parkinson acomete indivíduos acima dos 40 anos de idade, com predileção pelo gênero masculino. De acordo com revisão sistemática e metanálise de dados mundiais, a taxa de prevalência da doença aumenta com a idade, chegando a 425 pessoas entre 60 a 74 anos de idade, 1.087, entre 70 a 79 anos, e 1.903, acima dos 80 anos para cada 100 mil pessoas (PRINGSHEIM et al., 2014).

As especificidades no tratamento de pessoas idosas com a Doença de Parkinson são muito semelhantes às estratégias de condutas clínicas adotadas para os usuários acometidos por quadros demenciais.

4.1 CARACTERÍSTICAS BUCAIS

Os diversos problemas bucais apontados no Quadro 3 são os mais pronunciados nos estágios moderado e grave da enfermidade e incluem:

Quadro 3 – Características bucais associadas à Doença de Parkinson.

Tremores dos lábios, línguas e movimentos mandibulares involuntários, que podem induzir à dor orofacial, ao desconforto da articulação temporomandibular, além de fraturas e desgastes dentários.
Dificuldades de alimentação: o ato mastigatório torna-se lento e pouco eficiente, há redução dos movimentos da língua, o que leva à dificuldade de formação e propulsão do bolo alimentar para a porção posterior da boca que, somados à disfagia (dificuldade de deglutição), tornam o processo de alimentação bastante lento e menos eficiente.
Dificuldade de abertura bucal, devido à rigidez da musculatura orofacial.
Controle precário da higiene bucal, em função das dificuldades citadas anteriormente.
Maior prevalência de cárie dentária e doença periodontal.
Dificuldade em colocar e retirar próteses dentárias removíveis.
Dificuldade de deglutição, decorrente da falta de controle neurológico.
Retenção de restos alimentares na cavidade bucal.
Sialorreia com acúmulo de saliva nas comissuras labiais, levando à irritação da pele e à queilite angular provocada por <i>Candida spp.</i> O acúmulo de saliva ocorre em função da dificuldade de deglutição da mesma.
Síndrome da ardência bucal: caracterizada pela sensação de queimação e dor na mucosa bucal, sem achados físicos ou por meio de exames. Acomete cerca de 25% dos indivíduos com Doença de Parkinson. É acompanhada por xerostomia e disgeusia, sinalizando a ocorrência da disautonomia. A língua é a região mais afetada (2/3 anteriores), seguida dos lábios, do palato, da mucosa bucal, do rebordo alveolar, da faringe e do assoalho de boca.

Fonte: Baseado em Montenegro e Marchini (2013); Bakke et al. (2011); Pradeep et al. (2015); Friedlander et al. (2009); Coon e Laughlin (2012); e Koszewicz et al. (2012).

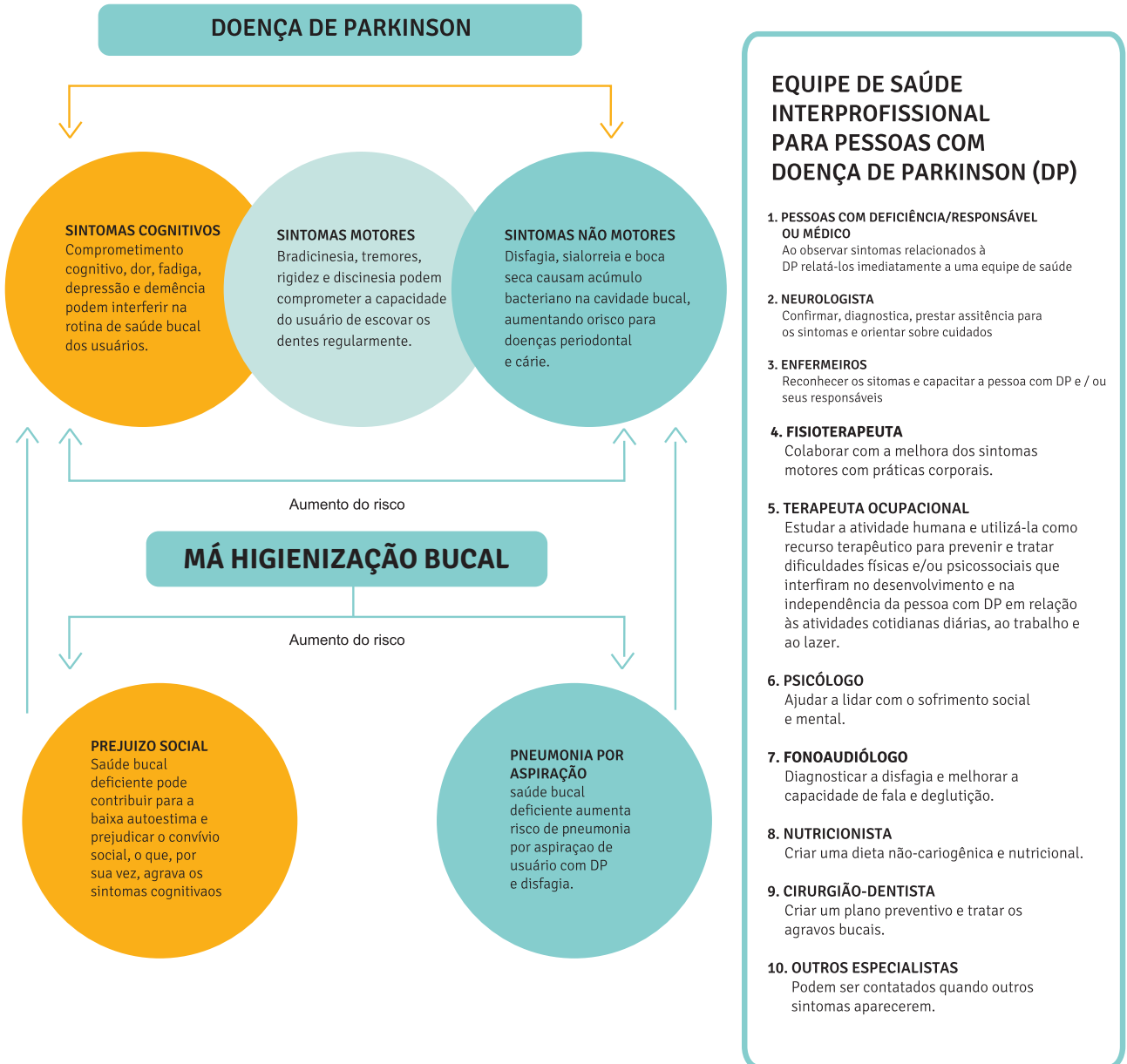
4.2 CUIDADOS ESPECIAIS

A assistência odontológica a usuários com a Doença de Parkinson deve ser planejada e executada de maneira interdisciplinar, em conjunto com outros profissionais e a família, por meio de estratégias direcionadas à adequação do meio bucal, como a eliminação de possíveis focos de infecção, processo inflamatório e dor, decorrentes de problemas bucais que possam interferir diretamente na saúde sistêmica das pessoas idosas (MIRANDA; MONTENEGRO, 2009; MONTENEGRO; MARCHINI, 2013; BURGESS; MEYERS, 2015). Por isso, orienta-se:

- Verificar as possíveis interações medicamentosas e a direta relação com a saúde bucal.
- Evitar inclinar a cadeira odontológica em ângulo maior do que 45° para facilitar a deglutição de saliva, evitando episódios de engasgo.
- Utilizar isolamento absoluto em procedimentos restauradores sempre que possível, com sistema de sucção eficiente sob o lençol de borracha. O lençol protege a língua de traumas e as vias áreas da aspiração de saliva e resíduos de materiais restauradores, visto que há diminuição do reflexo da tosse.
- Equipe auxiliar quanto à aspiração da saliva, pois pode haver acúmulo sob o lençol de borracha, o que aumenta riscos de aspiração.
- A confecção e a utilização de abridores de boca que podem ser compostos por palitos de picolé, esparadrapo e gaze, contribuindo para um maior relaxamento do usuário nas atividades de abertura bucal e nos movimentos involuntários.
- O uso de cimento de ionômero de vidro como material restaurador, pois além da adesão ao esmalte e à dentina, fornece flúor, o que nestes usuários é desejável devido ao alto risco de desenvolvimento da cárie dentária.
- Nos casos avançados da doença, nos quais o usuário não consegue cooperar, podem ser requeridas, para a realização do tratamento odontológico, a sedação oral, a sedação endovenosa e, como última estratégia, a anestesia geral.
- A higiene bucal pode ser realizada pela pessoa com deficiência ou pelo seu cuidador ou responsável. Nos estágios moderado e grave, a utilização da escova elétrica pode ser uma alternativa.

- Bochechos com clorexidina ou outros antissépticos bucais não devem ser prescritos, pois o usuário perde a capacidade de expectoração, o que poderia aumentar os riscos de deglutição. O uso dessas soluções pode ser feito com a utilização de gaze embebida no produto e aplicada na cavidade bucal com o auxílio de um cuidador ou familiar, quando necessário.
- Os retornos ao cirurgião-dentista para controle preventivo devem ser agendados, no mínimo, a cada 3 meses, podendo esse período variar de acordo com a necessidade do indivíduo.
- Elaboração de estratégias de manejo e adaptação profissional no atendimento em consultório, como a utilização do colchão a vácuo, o qual permite uma maior estabilização e segurança à pessoa idosa frágil, além de horários mais extensos para o atendimento e as adaptações clínicas para a locomoção do usuário.
- Planejamentos odontológicos extensos e complexos, principalmente de caráter cirúrgico e reabilitador, não devem ser realizados sem uma correta estratégia de cuidados prévios, durante e após essas condutas, devido à grande dificuldade de manutenção da saúde bucal por esses usuários (BHAT et.al., 2011).

Figura 14 – Interface da Doença de Parkinson, da atuação da equipe multiprofissional e da saúde bucal.



Fonte: Adaptado de Rozas, et al. (2017).

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À PESSOA COM PARALISIA CEREBRAL



A paralisia cerebral abrange um grupo de desordens do desenvolvimento relativo ao movimento e à postura, causando limitação na execução de tarefas, atribuídas a distúrbios não progressivos, ocorridos durante o desenvolvimento fetal, ou ao cérebro imaturo (BAX et al., 2005). É a causa mais comum da incapacitação física na infância (KUBAN, LEVITON, 1994; KOMAN; SMITH; SHILT, 2004), com prevalência estimada em crianças entre 3 a 10 anos de 2,7/1000 crianças, com maior expressão entre crianças do sexo masculino (HIRTZ et al., 2007). Embora o dano estrutural ao cérebro imaturo seja estático e permanente, as consequências são variáveis e passíveis de mudanças durante o crescimento e o desenvolvimento da criança (ROSENBAUM et al., 2007).

O distúrbio motor é a alteração fundamental na paralisia cerebral e sempre estará presente. No entanto, também são observados outros comprometimentos, como a deficiência intelectual, as dificuldades de aprendizado, os problemas de comunicação, oftalmológicos, otorrinolaringológicos, pneumológicos, gastroenterológicos (BENFER et al., 2014; ABANTO et al., 2014), nutricionais, neurológicos e ortopédicos, os distúrbios do comportamento e da propriocepção e o comprometimento musculoesquelético (ROSENBAUM et al., 2007).

Estudos epidemiológicos possibilitam a compreensão sobre os mecanismos causais da paralisia cerebral. É muito variável e é, classicamente, dividida em causas pré-natal (maternas e gestacionais), perinatal (parto e período neonatal), sendo a anóxia e a prematuridade as causas mais prevalentes, e pós-natal, com infecções e traumas, especialmente a meningite (PIOVESANA et al., 2002).

A paralisia cerebral pode ser classificada de acordo com as disfunções musculares, conforme o Quadro 4.

Quadro 4 - Classificação da paralisia cerebral de acordo com disfunções musculares.

ESPÁSTICA OU PIRAMIDAL	É a mais frequente e caracteriza-se pelo aumento do tônus muscular, resultando em descontrolo do tronco e da cabeça. A falta de coordenação da musculatura intrabucal e peribucal trazem alterações de fala, mastigação e deglutição.
DISCINÉTICA OU EXTRAPIRAMIDAL (ATETOSE OU COREOATETOSE)	Caracteriza-se por movimentos contínuos e incontrolados dos músculos afetados. A musculatura do pescoço afetada resulta em movimentação excessiva da cabeça. A região bucal é afetada pelos movimentos desordenados da mandíbula que podem levar ao fechamento repentino da boca, à salivação excessiva e ao bruxismo acentuado.
ATÁXICO	É o tipo mais raro de paralisia cerebral e afeta o cerebelo. Caracteriza-se pelos movimentos voluntários desordenados e senso de equilíbrio alterado, com comprometimento na marcha e apreensão de objetos.
MISTO	Representa a combinação dos casos anteriores. Para designar as áreas do corpo, utilizaram-se das seguintes expressões: Tetraparesia: os quatro membros são afetados igualmente. Diparesia: os membros inferiores são mais comprometidos que os superiores. Hemiparesia: apenas um lado do corpo é acometido

Fonte: Baseado em Piovesana (1998) e Baladi e Castro e Morais (2007).

A literatura tem demonstrado a importância em classificar as pessoas com paralisia cerebral de acordo com sua independência funcional nas funções motoras grossas e finas. O *Gross Motor Function Classification System (GMFCS)* – Sistema de Classificação da Função Motora Grossa – foi desenvolvido para categorizar a mobilidade e a funcionalidade das crianças com paralisia cerebral segundo a idade, englobando a faixa etária de zero a dois, dois a quatro, quatro a seis e seis a doze anos (PALISANO et al., 2008). Estudos sustentam a ideia de que a classificação de uma criança por este sistema permite acompanhar, ao longo dos anos, a sua evolução segundo o nível de classificação. O GMFCS caracteriza-se como uma escala ordinal com cinco níveis de mensuração que retratam, em ordem decrescente, o nível de independência e a funcionalidade das crianças com paralisia cerebral, conforme Quadro 5.

Quadro 5 – Gross Motor Function Classification System, 2008.

NÍVEL	CLASSIFICAÇÃO PELO GMFCS PARA CRIANÇA COM SEIS ANOS DE IDADE
I	Indica que ela consegue locomover-se sem restrições.
II	Apresenta limitação na marcha em ambiente externo.
III	Necessitam de meios auxiliares para locomoção: andadores, muletas.
IV	Necessitam de tecnologia assistiva para mobilidade: cadeira de rodas.
V	Apresenta restrição grave de movimentação, sem sustentação da cabeça, mesmo com tecnologias mais avançadas.

Fonte: Baseado em Palisano et al. (2008).

Em geral, as crianças com paralisia cerebral apresentam dificuldades em alimentar-se, relacionadas a problemas no controle orofaríngeo (BENFER et al., 2014), culminando em maior tempo para realizar refeições. Dentre as consequências para a saúde destes indivíduos, destaca-se a desnutrição (GISEL; BIRNBAUM; SCHWARTZ, 1998).

5.1 ALTERAÇÕES BUCAIS

A gravidade do acometimento motor do indivíduo com paralisia cerebral e a presença das condições associadas (déficit intelectual) dificultam a execução da higiene bucal e o uso do fio dental, principalmente por indivíduos que apresentam problemas relacionados aos movimentos involuntários nos membros superiores, requerendo a participação do cuidador ou responsável para realizar a higienização adequada. Entretanto, a falta de entendimento, a cooperação e a sobrecarga dispendida na reabilitação, por parte dos cuidadores ou responsáveis, têm impacto negativo na saúde bucal da pessoa assistida (SANTOS et al., 2010b).

A presença de reflexos orais (procura, sucção, deglutição, mordida tônica, vômito e espasticidade da musculatura mastigatória, impedindo a abertura bucal) também é apontada como fator de impacto negativo para a saúde bucal, pois impede de forma significativa a execução da higiene (SANTOS; NOGUEIRA, 2005; SANTOS et al., 2009).

Comportamentos agressivos podem surgir como forma de autoproteção por parte do indivíduo.

A espasticidade é uma das sequelas mais comuns nas lesões do Sistema Nervoso Central e afeta milhões de pessoas com paralisia cerebral. Inicialmente, dificulta o posicionamento confortável do indivíduo e prejudica as tarefas de vida diária, como a alimentação, a locomoção, a transferência e os cuidados de higiene. Quando não tratada, causa contraturas, rigidez, luxações, dor e deformidades (LANCE, 1980; GRACIES, 2005a; GRACIES, 2005b).

Ainda dentre os sintomas, há a hiperatividade do reflexo, a hipertonia, a debilidade e o relaxamento muscular anormal (LANCE, 1980), a pouca mímica, a retração labial superior, a tensão lingual, podendo apresentar projeção, mordida aberta, bruxismo e palato ogival, a respiração bucal, as infecções respiratórias de repetição, com consequente retenção de secreção traqueobrônquica, as dificuldades de deglutição, a disfagia (BENFER et al., 2014), a sucção dificultada pela tensão muscular, que não permite vedamento labial eficaz, e o descontrole da musculatura orofaríngea, facilitando o escoamento externo da saliva (sialorreia).

Os músculos da mastigação tornam-se hipertônicos e encurtados e, deste modo, o bolo alimentar é formado pelo amassamento do alimento entre a língua e o palato (CLEMETSON et al., 2012; ABANTO et al., 2009).

Como consequência, é possível observar a redução da distância interincisal, resultando em dificuldades na alimentação e nos procedimentos de higiene bucal (RODRIGUES DOS SANTOS et al., 2003; SANTOS et al., 2010a).

O uso da toxina botulínica, em casos específicos, tem apresentado bons resultados na prevenção de deformidades secundárias à espasticidade, modificando a qualidade de vida das crianças com paralisia cerebral (ROTTA, 2002; VOGT; URBAN, 2000; KOMAN; MOONEY; SMITH, 1996). A toxina botulínica é uma neurotoxina produzida pelo Clostrídio (*Clostridium botulinum*), que atua na junção neuromuscular e inibe a recaptação do neurotransmissor acetilcolina na fenda sináptica da junção neuromuscular (nível pré-sináptico), provocando paresia muscular.

Existem diversos tipos de toxina botulínica, sendo a do tipo A a mais conhecida e utilizada para fins terapêuticos (TEIVE; ZONTA; KUMAGAI, 1998). A dose é calculada de acordo com o peso da criança e o tamanho do músculo em que a toxina botulínica será aplicada. A eficácia pode ser observada entre 48 e 72 horas e o efeito desejado se mantém por dois a quatro meses (ROTTA, 2002; RUSSMAN, 2000).

A literatura científica aponta dados controversos em relação à prevalência de cárie dentária em pessoas com paralisia cerebral (NQCOCO et al., 2012; DOURADO et al., 2013). Alguns estudos sugerem que existe uma elevada prevalência deste agravo, bem como de doenças periodontais, em diferentes faixas etárias, sendo mais prevalentes em pessoas entre 36 e 55 anos e em menor proporção entre 3 e 20 anos de idade (AL-ALLAQ et al., 2015).

Vários fatores foram considerados na etiopatogenia da cárie dentária nessas pessoas: o maior consumo de dieta pastosa, rica em carboidratos, várias vezes ao dia (SANTOS et al., 2009), a função mastigatória comprometida, a presença de resíduos alimentares (palato, língua, assoalho bucal e fundo de vestibulo) (SANTOS; MASIERO; SIMIONATO, 2002) e a higiene bucal insatisfatória (RODRIGUES DOS SANTOS, 2003; GUARE; CIAMPONI, 2003). Também foi relatada a presença de alteração de formação do esmalte dentário (CARVALHO et al., 2011).

Fatores sociais, condições gerais de saúde, contaminação bacteriana e o uso frequente de medicações uso frequente de medicações tais como fenitoína, nifedipina e ciclosporina, que predispõem ao crescimento gengival, podendo aumentar a severidade

da indução do processo inflamatório, podem estar relacionados ao aumento da prevalência da cárie dentária e da doença periodontal (GUARE; CIAMPONI, 2004).

Em indivíduos com paralisia cerebral, os estudos demonstraram redução no fluxo salivar (SANTOS; SIQUEIRA; NICOLAU, 2006; SIQUEIRA, 2007b), alterações nos eletrólitos, redução da atividade das enzimas digestivas e antimicrobianas, como a amilase e a peroxidase, e aumento da concentração de ácido siálico (RODRIGUES DOS SANTOS; SIQUEIRA; NICOLAU, 2007).

5.2 CUIDADOS ESPECIAIS

Uma justa maneira de se encarar a importância da odontologia no processo de reabilitação da pessoa com paralisia cerebral é notar que nem todos os usuários demandam todos os tipos de terapias disponíveis, mas a maioria tem necessidade efetiva de acompanhamento, mesmo que apenas para procedimentos preventivos. O atendimento odontológico, pela multiplicidade de situações, deve ser baseado na promoção da saúde e alicerçado em programas de prevenção (FIGUEIREDO JR, 1998).

O cirurgião-dentista deve estar entre os profissionais da equipe que atende a pessoa com deficiência. A avaliação bucal deve acontecer o mais precocemente, de preferência durante o primeiro ano de vida, antes de qualquer manifestação de doença bucal, independente da complexidade neurológica (BRASIL, 2014b).

O processo de cuidados com a saúde bucal, a alimentação e o acompanhamento ambulatorial preventivo deve envolver os familiares e os cuidadores ou responsáveis, já que suas participações são de extrema importância para o sucesso do atendimento odontológico e da promoção da saúde bucal.

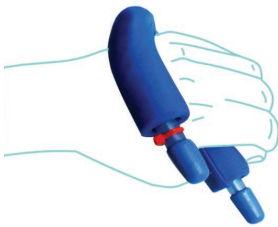
As tecnologias assistivas (recursos que visam promover a funcionalidade e a autonomia da pessoa com deficiência) podem auxiliar no cuidado odontológico. Dentre essas tecnologias têm-se: escovas dentais com adaptações no cabo e elétricas (BOZKURT; FENTOGLU; YETKIN, 2004), fio dental especial, dedeiras confeccionadas em resina acrílica e abridores de boca pré-fabricados ou adaptados, confeccionados com espátulas de madeira sobrepostas e estabilizadas com esparadrapo ou fita crepe, para manutenção da abertura bucal.



Figura 15 – Modelos de abridores de boca confeccionados com espátulas de madeira e fita crepe.

Fonte: Arquivo de Vivian de Agostino Biella Passos.

Figura 16 – Adaptações de escovas dentais que facilitam a execução dos procedimentos de higiene bucal.



Facilitador dorsal



Facilitador palmar



Facilitador dorsal



Escova adaptada



Facilitador de punho a polegar



Adaptador universal

Fonte: Editora Universitária da Universidade Federal de Pernambuco (2013).

Figura 19 – Adaptação do cabo de escova de dente que pode ser realizada por usuários.

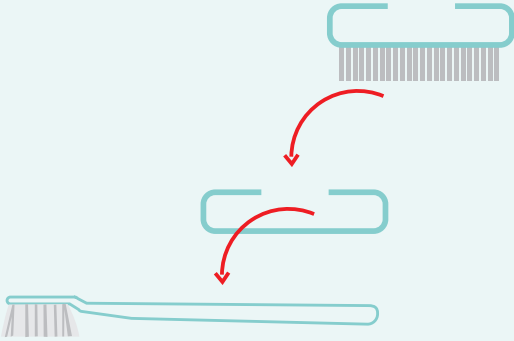
MATERIAIS

ESCOVA DE DENTE
A escova deve, preferencialmente, possuir cabo regular e mais retilíneo.


ESCOVA DE LIMPAR UNHAS
Dependendo do tamanho da mão do usuário, poderá ser usado uma escova de serviços gerais, que comumente são um pouco maiores.

FITA ADESIVA OU PARAFUSO

PASSO 1
Remova todas as cerdas da escova para unhas e alise sua superfície interior



PASSO 2
A fixação poderá ser feita com fitas adesivas ou introduzindo-se dois parafusos. Se usar parafusos, deve-se ter o cuidado de remover a porção do parafuso que ultrapasse o cabo, para evitar acidentes.



Fonte: Adaptado (UFPE, 2013).

Figura 17 – Atendimento odontológico de usuário com DI utilizando dedeira de acrílico para manutenção da abertura bucal.

Fonte: Arquivo de Sara Nader Marta.



Vale ainda destacar que a expectativa de vida das pessoas com paralisia cerebral tem aumentado significativamente nos últimos anos e elas estão frequentando o consultório odontológico mais regularmente (PATO et. al., 2002).

Entretanto, as pessoas com paralisia cerebral de idade mais avançada quando chegam ao consultório já apresentam, na maioria das vezes, agravos importantes, como a perda precoce de dentes, a doença periodontal em estágio avançado e a perda de dimensão vertical, que produz problemas na articulação temporomandibular. O processo de adequação do meio bucal torna-se importante para o sucesso da reabilitação, minimizando os danos sofridos (FIGUEIREDO JR, 2018).

5.3 ESTRATÉGIAS DE MANEJO DO COMPORTAMENTO

A assistência odontológica a usuários com paralisia cerebral apresenta algumas particularidades, como o posicionamento na cadeira odontológica, devido às limitações físicas, as dificuldades de manutenção da abertura bucal, o controle dos movimentos involuntários e a espasticidade. Os reflexos cervicais tônicos se estendem à mandíbula e à face. A extensão do pescoço pode desencadear a abertura da mandíbula, enquanto a flexão associa-se ao fechamento da mesma.

Em função dessas condições, algumas pessoas demandam medidas especiais de atendimento, enquanto outras podem ser tratadas de modo convencional. O cirurgião-dentista deve estar alerta a estas condições e não interpretá-las como falta de cooperação do usuário.

Pode-se empregar um material antiderrapante no assento da cadeira odontológica na região do quadril, evitando que o usuário “escorregue” na cadeira durante a realização do tratamento.

Figura 18 – Material antiderrapante no assento da cadeira odontológica posicionado na região em que se acomoda o quadril do usuário.

Fonte: Arquivo de Vivian de Agostino Biella Passos



A manutenção do tônus e da postura na cadeira odontológica será obtida mediante a estabilização da cabeça e dos membros na linha mediana.

Para pessoas que apresentam risco de broncoaspiração, sugere-se deixar o encosto da cadeira odontológica o mais verticalizado possível, que permita a realização dos procedimentos necessários, utilizando sugador de saliva de alta potência e evitando movimentos de extensão da cabeça.

Sugere-se o uso de dispositivos de posicionamento da cabeça em nível occipital e dos joelhos (rolos de espuma) para a manutenção dos membros inferiores inclinados. O uso de contenção física deve ser realizado somente com o consentimento dos pais ou responsáveis, com a finalidade de controlar os movimentos involuntários (HIRTZ et al., 2007; PALISANO et al., 2008).

Figura 19 – Criança com Síndrome de Down e Paralisia Cerebral sendo contida pela mãe para realização do procedimento odontológico.

Fonte: Arquivo de Vivian de Agostino Biella Passos



Orienta-se utilizar abridores de boca para evitar os movimentos involuntários da mandíbula, bem como evitar movimentos bruscos e repentinos, bem como estimulação sonora e visual, sem avisar previamente o usuário, pois essas situações podem favorecer o desencadeamento de reflexos como: reflexo da tonicidade do pescoço assimétrica (cabeça repentinamente virada para um lado, braço e perna do lado para o qual a cabeça está virada irão se estender e enrijecer e os membros do lado oposto irão se flexionar); reflexo da tonicidade do labirinto (cabeça repentinamente tombada para trás, quando o indivíduo está deitado, suas costas assumem uma posição conhecida como extensão postural, os braços e as pernas irão estender e o pescoço e as costas irão se curvar); e reflexo do susto (movimentos voluntários, repentinos e bruscos, como reação a um estímulo que surpreende o usuário) (HIRTZ et al., 2007; PALISANO et al., 2008).

Em relação à paralisia cerebral do tipo espástica, o profissional deve atentar-se ao posicionamento do usuário na cadeira odontológica, uma vez que há a falta de controle cervical devido à presença de reflexos posturais patológicos, como o reflexo tônico labiríntico. Na forma hemiparesia espástica ocorre o comprometimento restrito a um lado do cérebro, com comprometimento de um hemicorpo, embora com intensidade menor se comparado às formas diparesia e tetraparesia (LONGO; HANKINS, 2009).

Para as pessoas com paralisia cerebral do tipo atetóide, durante o tratamento odontológico, a eSB, acompanhada dos cuidadores ou responsáveis, pode usar técnicas de estabilização para o correto posicionamento na cadeira odontológica para que os movimentos involuntários não causem acidentes com os instrumentais.

No caso de pessoas com luxação ou fixação do quadril, cuidar do seu posicionamento na cadeira odontológica, pois a flexão do quadril (sentar) pode causar dor e desconforto.

Para aquelas pessoas com traqueostomia, evitar a obstrução da cânula de traqueostomia e solicitar ao cuidador ou responsável que realize aspiração (utilizando equipamentos específicos para este fim), quando necessário, durante o atendimento odontológico.

Para a realização dos procedimentos, procura-se obter uma forma mais adequada e ergonômica, preferencialmente, para atendê-los na cadeira odontológica. Deve-se sempre avaliar a melhor forma de realizar o tratamento na cadeira odontológica ou na própria cadeira de rodas. Para pessoas que necessitem de auxílio para a sua transferência para a cadeira odontológica, os cuidadores ou responsáveis devem realizá-la, procurando uma posição adequada com o auxílio de almofadas, rolos e posicionadores.

O posicionador em forma de cunha promove a redução do ângulo do quadril em relação ao tronco (ângulo coxofemoral), trazendo apoio e maior conforto aos usuários. Podem ser ainda utilizados apoios como a “calça da vovó” (Figura 21) – calças preenchidas com sacos plásticos, espumas ou plástico bolha e costuradas na altura da cintura e bocas das pernas – e o próprio corpo do cuidador ou responsável.

Figura 20 – Posicionador em forma de cunha.

Fonte: Arquivo de Vivian de Agostino Biella Passos



Figura 21 – Apoio modelo “calça da vovó”.



Fonte: Arquivo de Vivian de Agostino Biella Passos

Ao posicionar a pessoa na cadeira odontológica, é preciso observar se o tronco e os membros superiores encontram-se alinhados à cavidade bucal, aos ombros e à cintura escapular. Desta forma, consegue-se um maior relaxamento dos músculos orofaciais. A cabeça deverá ser posicionada alinhada ao tronco, devendo algum tipo de apoio (travesseiro ou outro) ser colocado na região occipital.

O correto posicionamento da pessoa na cadeira odontológica proporciona ergonomia para os profissionais, facilitando a visualização do campo operatório, a redução do esforço em mantê-lo na posição, a redução dos reflexos involuntários, bem como reduz o número de pessoas envolvidas na estabilização e o tempo de atendimento odontológico.

Em relação às técnicas de manejo do comportamento, pode-se fazer uso do “dizer-mostrar-fazer”, do reforço positivo, do controle de voz e da dessensibilização. Essas técnicas não sendo efetivas, pode-se fazer uso, dependendo das condições clínica e sistêmica do usuário, de medicação via oral, isolada ou combinada, ou tratamento odontológico sob anestesia geral. Independente da técnica de sedação que será utilizada recomenda-se que sejam supervisionadas por membro da equipe médica, evitando-se riscos.

As consultas devem ser rápidas, na medida do possível, evitando ocorrência de fadiga muscular e buscando sempre uma abordagem individualizada para a realização de um tratamento efetivo e seguro, tanto para a pessoa quanto para o profissional.

Para o atendimento odontológico às pessoas com paralisia cerebral são imprescindíveis a humanização e a criação de um vínculo afetivo com a pessoa e sua família. Isso pode demandar algumas sessões de manejo de comportamento fundamentais para um bom atendimento odontológico a essas pessoas, visando à promoção da saúde. Além disso, é importante que o cirurgião-dentista esteja integrado em equipes multiprofissionais.

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À PESSOA COM SÍNDROME DE DOWN



A Síndrome de Down é uma anomalia congênita causada pela presença de um cromossomo a mais no par 21 e por isso é também denominada de Trissomia do 21. É a alteração cromossômica mais comum em humanos e, em vista disso, a principal causa de deficiência intelectual na população. Pode acometer todas ou a maior parte das células de um indivíduo e ocorre na concepção (BRASIL, 2013; MOVIMENTO DOWN, 2014).

Os indivíduos com Síndrome de Down apresentam algumas características, dentre as quais se destacam: pregas palpebrais oblíquas para cima, epicanto (prega cutânea no canto interno do olho), olhos amendoados, sinófris (união das sobrancelhas), base nasal plana, face aplanada, protrusão lingual, hipodontia, palato alto e estreito, orelhas de implantação baixa, pavilhão auricular pequeno, cabelo fino, clinodactilia do 5º dedo da mão (5º dedo curvo), braquidactilia (dedos curtos), afastamento entre o 1º e 2º dedos do pé, pé plano, prega simiesca (prega palmar única transversa), frouxidão ligamentar, excesso de tecido adiposo no dorso do pescoço, retrognatia, diástase (afastamento) dos músculos dos retos abdominais e hérnia umbilical. Em relação ao desenvolvimento global apresentam déficit de desenvolvimento psicomotor, intelectual e pôndero-estatural (FISCHER-BRANDIES; TRÄGNER-BORN, 1987; BRASIL, 2013).

Em geral, as crianças com Síndrome de Down apresentam hipotonia muscular e são muito sonolentas. Logo após o nascimento mostram dificuldades para a sucção e a deglutição. Observa-se também o atraso no desenvolvimento de alguns reflexos, como a ausência do reflexo de moro. A linguagem é bastante comprometida, principalmente se comparada com as demais crianças. Ainda, deve-se ressaltar que cerca de 40% das pessoas

com Síndrome de Down podem apresentar cardiopatia congênita e déficit intelectual variável (JORDE, 2000, SABBAGH-HADDAD et al., 2007; SILVA; DESSEN, 2002; MOVIMENTO DOWN, 2014).

O cuidado à pessoa com Síndrome de Down objetiva a integralidade e o cuidado compartilhado, com vistas à humanização, à autonomia e ao protagonismo dos sujeitos nas práticas de saúde. Neste sentido, a clínica ampliada busca articular estes enfoques, reunindo os diferentes saberes, com o objetivo de garantir o melhor resultado no cuidado, por meio do acolhimento, do diálogo e da participação do sujeito no processo terapêutico (BRASIL, 2013).

Várias alterações podem estar associadas à Síndrome de Down e exigem especial atenção e exames específicos para sua identificação, pois podem interferir consideravelmente na rotina do atendimento odontológico.

6.1 CARACTERÍSTICAS BUCAIS

As manifestações bucais na Síndrome de Down são variadas e podem incluir: a mandíbula e a cavidade bucal com dimensões reduzidas, o palato baixo, estreito e com laterais bem desenvolvidas, dando a impressão de um palato alto (FISCHER-BRANDIES; TRÄGNER-BORN, 1987), e a língua pode apresentar-se fissurada.

Por apresentarem uma nasofaringe estreita, bem como tonsilas e adenoide hipertrofiada, podem ocorrer a protrusão da língua e a respiração bucal que, muitas vezes, resulta no ressecamento e na fissura dos lábios, além de queilite angular (SILVA; SOUZA, 2001).

A doença periodontal acomete grande parte dos indivíduos com Síndrome de Down (REULAND-BOSMA; VAN DIJK, 1986). Normalmente, caracteriza-se por uma evolução rápida, considerada semelhante à periodontite juvenil quanto ao desenvolvimento e à gravidade, principalmente no período da adolescência, mas podendo iniciar-se na infância. Apresenta localização heterogênea, em qualquer região da cavidade bucal, contudo ocorre com mais frequência nos incisivos inferiores.

A etiologia da doença periodontal é considerada desconhecida, embora a literatura descreva como provável influência a má higiene bucal, a presença de tártaro, a maloclusão, a diminuição da capilaridade da mucosa e a falha no metabolismo de colágeno. A teoria

mais aceita pelos pesquisadores da área é a ocorrência de sinergismo entre a falha no metabolismo de colágeno e as alterações relacionadas ao sistema imunológico desses indivíduos (CAVALCANTE; PIRES; SCAREL-CAMINAGA, 2009; REULAND-BOSMA; VAN DIJK, 1988; SANTOS, 2003; CHAN, 1994; NOWAK, 1990).

Podem apresentar alta incidência de agenesia dentária (KUMASAKA et al., 1997), acometendo ambos os sexos, sendo comum a falta de dois ou mais dentes. Os dentes mais comumente ausentes na dentição permanente são os terceiros molares, os incisivos laterais superiores e inferiores e os segundos pré-molares superiores.

Na dentição decídua, os dentes mais afetados são os incisivos laterais, tanto superiores quanto inferiores. Apresentam também ocorrência de microdontia, fusão e taurodontismo, sendo o segundo molar o dente mais frequentemente afetado, seguido do primeiro molar (RAJIC; MESTROVIC, 1998).

O atraso na erupção dos dentes é um problema muito comum em indivíduos com Síndrome de Down, tanto na dentição decídua quanto na permanente, com início por volta do 12º ao 20º mês, finalizando por volta do 4º a 5º anos de idade. Na dentição permanente, o início da erupção dos dentes ocorre por volta do 8º a 9º anos de idade, podendo esse problema estar ligado a doenças sistêmicas, como o hipotireoidismo e o raquitismo, ou a fatores locais, como a fibromatose gengival.

Problemas de oclusão, mordidas cruzadas posteriores, apinhamento pronunciado dos dentes e mordida aberta anterior são comuns e estão relacionados ao hipodesenvolvimento da maxila e do palato em relação ao desenvolvimento da mandíbula, associado à pseudomacroglossia (em função do tamanho reduzido da cavidade bucal e, por consequência, da projeção da língua) e outros fatores exógenos.

Os indivíduos podem apresentar hipotonia muscular, dificultando a fala, a mastigação e a deglutição. A presença de língua fissurada propicia retenção de placa microbiana, que causa halitose.

Algumas alterações dentárias e dos tecidos moles podem ser visualizadas nos Quadros 6 e 7.

Quadro 6 - Alterações dentárias em indivíduos com Síndrome de Down.

ALTERAÇÕES DENTÁRIAS	
Número	Decíduos Pode ocorrer a ausência de incisivos laterais (IL)
	Permanentes Pode ocorrer a ausência de ILS, 2PM e 3M
Forma	Geminações e fusões
Tamanho	Raízes curtas Microdontia (ILS conóide)
Erupção dentária	Variada, tardia, com a sequência alterada
Oclusão dentária	Maloclusão dentária Classe III de Angle Pseudoprogнатismo Mordida aberta anterior Mordida cruzada posterior Bruxismo
Lesões de cárie dentária	Depende da dieta e condição de higiene bucal

Fonte: Autoria própria.

Quadro 7 - Alterações dos tecidos moles em pessoas com Síndrome de Down.

ALTERAÇÕES DOS TECIDOS MOLES COMUNS EM SÍNDROME DE DOWN	
Língua	Pseudomacroglossia Fissurada Geográfica Freio hipoplásico Diástase e protrusão lingual
Lábios	Ressecados Com fissuras labiais Queilite angular
Periodonto	Mais suscetíveis à doença periodontal
Fluxo salivar	Menor se comparado a pessoas sem Síndrome de Down

Fonte: Autoria própria

6.2 CUIDADOS ESPECIAIS

Em função das particularidades sistêmicas e bucais que podem influenciar na condução do tratamento odontológico, alguns cuidados tornam-se necessários, como: O tempo na cadeira deve ser o menor possível.

Realização de uma anamnese completa e bem elaborada para o levantamento das possíveis alterações sistêmicas presentes e dos tratamentos médicos concomitantes.

Atentar-se para a maior possibilidade de alterações cardíacas. Caso existam, recomendar o uso de profilaxia antibiótica, realizando-a uma hora antes da execução de procedimentos invasivos.

Para o posicionamento na cadeira odontológica, deve-se ter cuidado na estabilização da cabeça e do tronco do usuário, evitando movimentos bruscos e flexão ou extensão excessiva do pescoço, devido à maior instabilidade da articulação atlantoaxial.

Figura 21: Posição da cadeira do usuário com Síndrome de Down



Fonte: (UFPE, 2013).

- Manter o usuário na linha mediana da cadeira com os braços próximos ao corpo e as pernas estendidas.
- Sempre que surgir alguma dúvida sobre as condições de saúde do usuário, contatar o médico responsável.

Além destes cuidados especiais e em decorrência das características das pessoas com Síndrome de Down é possível individualizar os cuidados e as orientações de acordo com a faixa etária, como descrito a seguir.

Todos os bebês deveriam iniciar o acompanhamento da saúde bucal antes de irromperem os primeiros dentes. Sabe-se que por meio de medidas preventivas simples e do cuidado dos pais em casa é possível manter a saúde bucal das crianças e diminuir a necessidade de procedimentos curativos e restauradores.

A primeira avaliação bucal do bebê com Síndrome de Down deve acontecer nos primeiros meses de vida, preferencialmente antes dos três meses de idade. Neste momento, é possível avaliar as estruturas anatômicas bucais do bebê, assim como observar a respiração, a capacidade de sucção, a posição habitual da língua, a posição dos rebordos, entre outros. Os pais e/ou cuidadores ou responsáveis devem ser orientados sobre a prevenção das principais doenças bucais, a dieta (amamentação, uso de mamadeira e tipos de alimentos), a higiene bucal e os hábitos bucais (chupeta, sucção de dedo ou língua).

Caso o bebê utilize a mamadeira, os cuidadores ou responsáveis devem ser orientados para não adicionar açúcar, mel ou produtos que contenham açúcar, devido ao risco para desenvolvimento de lesões de cárie dentária. A limpeza da cavidade bucal é normalmente iniciada antes mesmo da erupção dental, podendo ser realizada com um tecido limpo ou gaze embebida em água filtrada para limpeza da língua e da mucosa gengival (BRASIL, 2008).

Devido à instabilidade da articulação atlantoaxial, comum em crianças com Síndrome de Down, é imprescindível a orientação aos cuidadores ou responsáveis para apoiar a cabeça da criança no momento da escovação e evitar a flexão ou a extensão excessiva do pescoço.

Quanto à oclusão, observa-se que os bebês podem apresentar posição dos rebordos, como maxila anteriorizada em relação à mandíbula, em topo ou cruzada (mandíbula anteriorizada em relação à maxila). Nestes casos, os cuidadores ou responsáveis devem ser orientados a fazer o exercício de estimulação digital do palato, várias vezes ao dia, para incentivar o crescimento do palato anterior (Figuras 18 e 19).

Figura 22 - Mandíbula anteriorizada em relação à maxila em um bebê com Síndrome de Down.

Fonte: Arquivo de Vera Lúcia Carneiro



Figura 23- Estimulação digital do palato anterior em um bebê com Síndrome de Down.

Fonte: Arquivo de Vera Lúcia Carneiro



Em alguns casos, é indicada, junto ao tratamento fonoaudiológico, a utilização da Placa Palatina de Memória (PPM), aparelho que estimula o posicionamento adequado da língua e do lábio superior, desenvolvido por Castillo-Morales (1999).

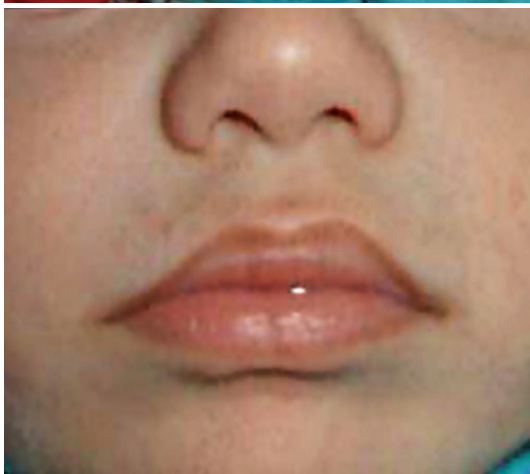
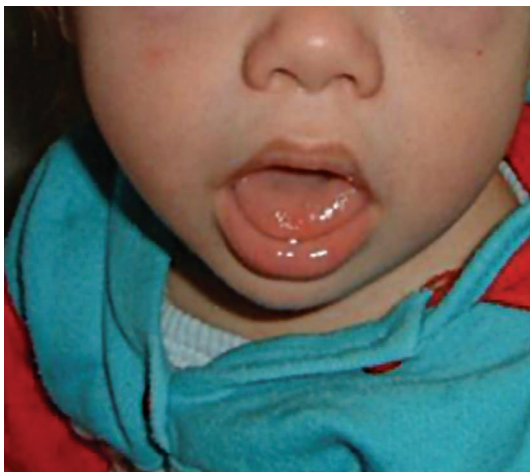
Figura 24 - Placa Palatina de Memória (PPM).

Fonte: Arquivo de Vera Lúcia Carneiro



Figura 25 - Bebê com Síndrome de Down sem a PPM na boca (protrusão lingual) e com a PPM na boca (selamento labial).

Fonte: Arquivo de Vera Lúcia Carneiro



Nem todos os bebês com Síndrome de Down necessitam da PPM. Orienta-se o uso da PPM para os bebês que apresentam línguas protrusas, largas e hipotônicas, com diástase lingual, posicionadas entre os rodets gengivais ou entre os lábios por muitas horas ao dia e, também, em casos de lábio superior pouco ativo e vedamento labial insuficiente. A decisão de utilizar a PPM deve ser realizada em conjunto com equipe multidisciplinar e não como medida isolada de reabilitação (CASTILLO-MORALES, 1999; MELLO et al., 1998; CARNEIRO; SULLCAHUAMAN; FRAIZ, 2013; LIMBROCK; HOYER; SCHEYING, 1990; CARNEIRO; SPERANDIO, 2009)

Alguns autores como Limbrock, Hoyer e Scheying (1990), baseados em descrições de Castillo-Morales (1999) durante o tratamento de crianças com Síndrome de Down, observaram que há uma distinção entre as características bucais primárias e as secundárias. As alterações bucais primárias estão presentes desde o nascimento ou ficam mais evidentes no primeiro ano de vida do bebê. Estas características envolvem alterações anatômicas, posturais e funcionais das estruturas bucais e respiratórias, enquanto que as características secundárias são alterações que se desenvolvem devido ao mau funcionamento dessas estruturas (Quadros 8 e 9).

Quadro 8 - Características primárias na Síndrome de Down.

CARACTERÍSTICAS PRIMÁRIAS
Hipotonia dos músculos orbiculares, zigomático, temporal e de mímica facial
Reduzido tônus ligamentar da Articulação Temporomandibular (ATM)
Língua hipotônica e protrusa; diástase lingual e freio lingual fraco
Hipoplasia do terço médio da face
Hipoplasia da maxila
Redução da altura do palato
“Degrau Palatino”; proeminências palatais remanescentes
Redução do comprimento total da mandíbula e do ângulo da mandíbula
Erupção retardada dos dentes e com sequência anormal
Desordens do sistema imune

Fonte: Baseado em Limbrock, Hoyer e Scheying (1990); Castillo-Morales (1999) e Mello et al. (1998).

Quadro 9 - Características secundárias na Síndrome de Down.

CARACTERÍSTICAS SECUNDÁRIAS
Lábio inferior evertido e proeminente
Lábio superior inativo
Respiração bucal: <ul style="list-style-type: none"> . Mucosa bucal ressecada . Infecções respiratórias
Deglutição atípica: <ul style="list-style-type: none"> . Secreção salivar . Lábios “rachados” . Queilite angular
Protrusão lingual na sucção, mastigação e fala Disfunções na fala, pronúncia difícil
Macroglossia relativa, superfície da língua seca e sulcada
Pseudo prognatismo, classe III de Angle
Crescimento maxilar reduzido
Mordida aberta anterior
Palato em V que parece alto
Periodontite crônica

Fonte: Baseado em Limbrock, Hoyer e Scheying (1990); Castillo-Morales (1999) e Mello et al. (1998).

Em geral, além da erupção tardia e em sequência alterada, ocorre um atraso na finalização da erupção de todos os dentes decíduos na cavidade bucal da criança, que apresenta a dentição completa por volta do 3º ou 4º ano de idade. Portanto, os cuidados de saúde bucal nesta idade devem incluir consultas odontológicas frequentes, no mínimo duas vezes ao ano, para o acompanhamento da erupção dentária. Esta frequência pode ser maior, dependendo da necessidade de cuidados educativos e/ou preventivos da criança e dos cuidadores ou responsáveis. Nos casos em que a criança apresentar mordida cruzada anterior, recomenda-se fazer exercícios com espátula de madeira para descruzar. A criança e os cuidadores ou responsáveis devem ser orientados sobre como realizar o exercício em casa e a frequência que deve ser feito (Figura 23). Além disso, os cuidadores ou responsáveis devem retornar periodicamente com a criança para a avaliação e o acompanhamento da oclusão.

Figura 26 - Exercício de estimulação com espátula de madeira para descruzar mordida anterior.



Fonte: Arquivo de Vera Lúcia Carneiro.

Por volta do 6º ano de idade, inicia-se a erupção dos primeiros molares permanentes e, também, tem início as trocas dentárias, caracterizando a fase da dentição mista da criança.

Os pais e/ou os cuidadores ou responsáveis devem ser alertados sobre a presença do primeiro molar permanente e orientados para complementar a escovação, utilizando a técnica de escovação transversal, durante o irrompimento e até que o dente entre em oclusão com o antagonista.

Nesta faixa etária, quando for observada a falta de espaço para os dentes permanentes, é indicada, sempre que possível, uma avaliação com um cirurgião-dentista especialista em ortopedia funcional dos maxilares e/ou ortodontista para verificar a necessidade, a possibilidade e a viabilidade de tratamento ortodôntico em cada caso.

Contudo, a doença periodontal tem uma prevalência alta em indivíduos com Síndrome de Down e uma maior gravidade quando comparada a indivíduos sem a Síndrome (BELL; KAIDONIS; TOWNSEND, 2002). Além disso, a higiene bucal nem sempre é adequada e está associada a maior suscetibilidade às infecções e ao desenvolvimento de doença periodontal. Logo, a sua prevenção é fundamental no tratamento odontológico e requer consultas periódicas para a avaliação e a orientação do usuário e dos cuidadores ou responsáveis. Do mesmo modo, quadros mais intensos de incontinência salivar podem gerar desconforto ao usuário e exercícios de reforço da musculatura perioral devem ser indicados. Nesses casos, é importante lembrar sempre que estamos trabalhando com uma política de saúde que exige uma abordagem multi e interdisciplinar. Assim, o usuário deve ser encaminhado a uma avaliação fonoaudiológica e um planejamento das sessões de tratamento pode ser discutido com outros profissionais.

Um ponto importante, e que deve ser ressaltado, é a probabilidade dos adultos com Síndrome de Down fazerem uso de medicamentos, como os bisfosfonatos, na tentativa de controlar os quadros de baixa densidade mineral óssea (quadro que está relacionado a uma significativa diminuição da formação osteoblástica), somada à presença de hipotireoidismo, à nutrição inadequada e à baixa prática de atividade física (DREYFUS; LAUER; WILKINSON, 2014; MCKELVEY et. al., 2013).

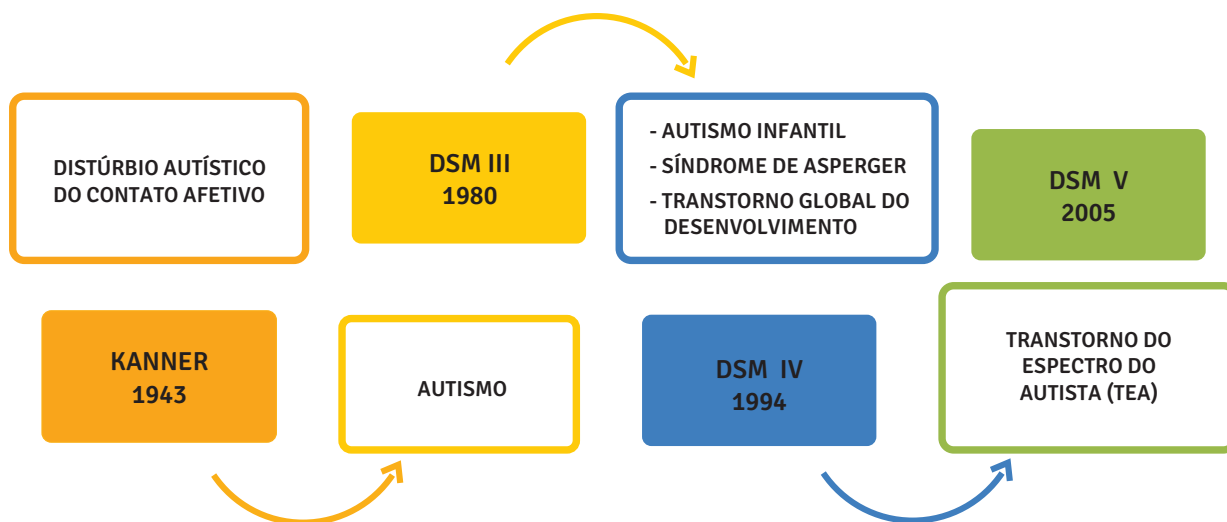
ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), reconhecido assim desde o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), é caracterizado por alterações significativas na comunicação, com prejuízo intrínseco no desenvolvimento da interação social recíproca, da linguagem e do comportamento da criança, as quais levam a importantes dificuldades adaptativas, manifestando-se antes dos três anos de idade, podendo ser percebidas, em alguns casos, já nos primeiros meses de vida, e persistindo até a idade adulta (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014; MENEZES; ZINK; MIRANDA, 2014).

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDCP), em 2018, apresentou uma taxa de prevalência de 1/59 crianças entre 8 anos de idade, sendo a prevalência no sexo masculino de 4 a 5 vezes maior que no feminino. Quase 50% dos casos diagnosticados podem estar associados à deficiência mental, à epilepsia, à esclerose tuberosa, à fenilcetonúria, entre outras alterações (SCHWARTZMAN, 2003).

Nas diferentes expressões do quadro clínico, diversos sinais e sintomas podem estar ou não presentes (LORD; RUTTER, 1994). Entretanto, a última revisão do DSM (DSM-V) desconsidera as categorias Autismo, Síndrome de Asperger, Transtorno Desintegrativo e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Todos são designados como TEA e as avaliações priorizam a intensidade dos sintomas, que podem ser leves, moderados ou severos. Esses transtornos não existirão como diagnósticos distintos no Espectro do Autismo. Com exceção da Síndrome de Rett e do Transtorno Desintegrativo da Infância, todos serão incluídos no diagnóstico de TEA. A Figura 23 apresenta um fluxograma esquemático da evolução da nomenclatura do TEA.

Figura 27 - Evolução da nomenclatura do Transtorno do Espectro Autista (TEA).



Fonte: Adriana Gledys Zink, 2016

As características clínicas que levam ao diagnóstico do TEA podem estar presentes em sua totalidade ou somente alguns dos sinais, conforme descrito no DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), devendo o indivíduo apresentar as três características seguintes:

- Problemas de interação social ou emocional alternativo, incluindo dificuldade de comunicação, de iniciar uma interação e problemas com atenção compartilhada ou partilha de emoções e interesses com outros indivíduos.
- Graves problemas para manter relações, podendo envolver uma completa falta de interesse em outras pessoas, dificuldades de se engajar em atividades sociais apropriadas à idade e problemas de adaptação a diferentes expectativas sociais.
- Problemas de comunicação não verbal, incluindo alteração no contato visual, na postura, nas expressões faciais, no tom de voz e nos gestos, bem como dificuldade de entender esses sinais não verbais de outras pessoas.

Além disso, o indivíduo deve apresentar pelo menos dois dos seguintes comportamentos:

- Apego extremo a rotinas e padrões, resistindo às mudanças de rotinas.
- Fala ou movimentos repetitivos.
- Interesses intensos e restritivos.
- Dificuldade em integrar informação sensorial, forte procura ou recusa por comportamentos que levem a estímulos sensoriais.

São considerados alguns sinais de alerta:

- Dificuldade de relacionamento com outras crianças.
- Pouco ou nenhum contato visual.
- Aparente insensibilidade à dor.
- Preferência pela solidão.
- Modos arredios.
- Inapropriada fixação em determinados objetos.
- Hiperatividade ou extrema inatividade.
- Ausência de resposta aos métodos tradicionais de ensino.
- Insistência em repetição e resistência à mudança de rotina.
- Ausência de consciência para situações que envolvam perigo.
- Recusa por contato físico.
- Dificuldade em expressar necessidades, usando gestos e apontando para objetos e/ou pessoas ao invés do uso de palavras.
- Acessos de raiva.
- Extrema aflição sem razão aparente.
- Habilidade motora prejudicada (exemplo: dificuldade em escovar os dentes).

Em 2012, o Governo brasileiro editou a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. No campo das políticas de saúde pública, o Ministério da Saúde produziu alguns documentos com orientações específicas em relação ao TEA, pautados pela perspectiva da integralidade, da atenção multiprofissional e do cuidado em rede. As

Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (BRASIL, 2014a) apresentam orientações às equipes multiprofissionais do SUS para o cuidado à saúde da pessoa com TEA e de sua família nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Destaca-se também o documento intitulado “Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial” (BRASIL, 2015a), direcionado, principalmente, aos gestores e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial e cuja finalidade é contribuir para a ampliação do acesso e a qualificação da atenção às pessoas com TEA e suas famílias. No campo da atenção e do cuidado da saúde bucal à pessoa com deficiência (CALDAS JR., MACHIAVELLI, 2013), o TEA recebe também especial atenção em um documento voltado à qualificação de auxiliares de saúde bucal. São materiais que poderão contribuir no aprofundamento de alguns pontos anteriormente destacados e seus desdobramentos no âmbito das políticas e dos modelos de atenção do SUS.

7.1 ALTERAÇÕES BUCAIS

O tratamento para o TEA normalmente é pautado nos sintomas encontrados, com uso de antipsicóticos (risperidona), antidepressivos (fluoxetina), anticonvulsivantes (fenitoína) e psicoestimulantes (metilfenidato) para o controle da agressividade, da ansiedade, da irritabilidade, da depressão, das convulsões e da hiperatividade (MENEZES; ZINK; MIRANDA, 2014; AMARAL et al., 2012; KATZ et al., 2009). Em vista disso, alguns efeitos colaterais podem se manifestar na cavidade bucal, como a redução do fluxo salivar, levando à hipossalivação; o sangramento gengival; as hiperplasias gengivais; as ulcerações; a plaquetopenia, facilitando a ocorrência de hemorragias quando da realização de procedimentos cirúrgicos; e a neutropenia, predispondo a infecções secundárias e falhas na cicatrização no pós-operatório (CAMPOS; SABBAGH-HADDAD, 2007; MENEZES; ZINK; MIRANDA, 2014).

Por sua vez, a higiene bucal precária, a dieta cariogênica e os hábitos parafuncionais promovem uma condição bucal desfavorável, com elevado índice de placa, lesões de cárie dentária e problemas periodontais e de maloclusão, sendo necessário utilizar técnicas odontológicas preventivas e terapêuticas para a adequação e a promoção da saúde bucal (KATZ et al., 2009; AMARAL et al., 2012; CAMPOS et al., 2009; MAREGA; AIELLO, 2005).

A saúde bucal de pessoas com TEA pode, além disso, não ser satisfatória em função das limitações do próprio indivíduo ou do cuidador ou responsável na realização das atividades diárias que incluem higienização da cavidade bucal, controle da dieta e inacessibilidade a serviços odontológicos especializados. Por apresentarem sensibilidade

tátil exacerbada, recusam o contato físico e a ajuda para a realização da escovação dos dentes e o uso do fio dental. Como resultado, apresentam maior acúmulo de biofilme dental, muitas vezes agravado pela alteração da musculatura facial, hábito de guardar alimentos no vestibulo bucal e alimentação desregrada, pastosa e rica em carboidratos. Problemas ortodônticos são observados em alguns casos associados à respiração bucal e aos hábitos deletérios (CAMPOS; SABBAGH-HADDAD, 2007; MAREGA; AIELLO, 2005; MENEZES; ZINK; MIRANDA, 2014; JABER, 2011; ROHDE; HALPERN, 2004; SAVIOLI; CAMPOS; SANTOS, 2005; FRIEDLANDER et al., 2003).

A realização de procedimentos odontológicos, mesmo os mais simples, como profilaxia, aplicações de flúor e orientações quanto às técnicas de higiene bucal, envolvem a necessidade de conhecimento prévio do padrão de comportamento da pessoa com TEA, do seu histórico, além de habilidades de comunicação do profissional com este público (AMARAL; PORTILLO; MENDES, 2011; ORIQUI, 2006).

Alguns estudos que comparam a dentição de uma criança com Transtorno do Espectro Autista com a dentição de uma criança sem qualquer alteração indicam que na dentição decídua o índice de cárie dentária é maior em crianças autistas, porém na dentição permanente a incidência é semelhante nos dois grupos (KATZ et al., 2009; SAVIOLI; CAMPOS; SANTOS, 2005; MAREGA; AIELLO, 2005).

O desconhecimento sobre a dinâmica do problema e o conseqüente despreparo dos cirurgiões-dentistas para lidar com as especificidades do autismo, bem como as angústias e os receios da família, muitas vezes dificultam uma intervenção eficaz e práticas clínicas bem sucedidas (AMARAL; PORTILLO; MENDES, 2011).

No entanto, alguns pesquisadores sugerem que, apesar de todos esses fatores, as características bucais, o índice de cárie dentária e os problemas periodontais não diferem de pessoas sem deficiência (KLEIN; NOWAK, 1999).

7.2 CUIDADOS ESPECIAIS

Quando o atendimento odontológico é solicitado, são comuns os casos em que o indivíduo já apresenta problemas bucais em estágios avançados, com presença de dor, grande necessidade de tratamento, presença de automutilação, envolvendo mordeduras no corpo ou lesões bucais, bem como traumatismos em tecidos moles e duros (CAMPOS; SABBAGH-HADDAD, 2007).

Em casos de urgência, a abordagem odontológica, que precisa ser cuidadosa, acaba por ser prejudicada, tornando o usuário com TEA arredio e distante, dificultando a comunicação e o entendimento, sendo necessário, muitas vezes, o uso de estabilizadores específicos. Para evitar situações como as descritas acima, são recomendadas visitas periódicas ao cirurgião-dentista para a prevenção.

Normalmente, os indivíduos com TEA reagem exageradamente a estímulos sensoriais (visuais, auditivos, olfativos, vestibulares e proprioceptivos), dificultando a abordagem por parte do profissional. Os ruídos gerados pelos equipamentos utilizados para realização do tratamento, bem como sabores desagradáveis de medicamentos, podem desencadear reações de repulsa, medo ou desconfiança. Nesses casos, recomenda-se manter silêncio no consultório e possuir pouca decoração e luzes reguláveis. Uma música de fundo suave pode ter um efeito benéfico (CAMPOS; SABBAGH-HADDAD, 2007).

Pessoas com este Transtorno e com restrição da comunicação verbal podem se beneficiar da comunicação alternativa (GANZ et al., 2012). Desta forma, é necessário que os profissionais sejam capacitados para utilizarem estes recursos para facilitar a comunicação com o usuário durante o tratamento odontológico, de forma estruturada e individualizada (ZINK, 2013).

Figura 28 - Comunicação entre usuário e profissional durante o tratamento odontológico por meio do uso de figuras adaptadas à Odontologia (Adaptação utilizada na APAE – Bauru/SP).



Fonte: Arquivo de Vivian de Agostino Biella Passos

Devido às dificuldades para estabelecer rotinas, as crianças com TEA podem necessitar de diversas visitas odontológicas para se acostumarem gradativamente ao ambiente do consultório.

A abordagem do comportamento para a realização do tratamento deve iniciar-se por técnicas não-farmacológicas, seguindo uma programação estruturada, contando sempre com o apoio e a participação da família. (MCDONALD; AVERY, 2001; CAMPOS; SABBAGH-HADDAD, 2007). O aprendizado tem que ser agradável e a repetição das ações é o ponto mais importante neste tipo de abordagem, assim como o registro de todas as tentativas e seus resultados, facilitando a programação das próximas sessões.

Pessoas com Transtorno do Espectro Autista costumam não gostar de mudanças e precisam de rotina e continuidade nas atividades diárias, podendo reagir violentamente perante pequenas alterações no ambiente. O tratamento deve ser organizado e realizado em curto espaço de tempo (CAMPOS; SABBAGH-HADDAD, 2007).

A presença da mãe ou cuidador ou responsável que tenha maior domínio e afinidade com o usuário deve ser incentivada em todas as consultas, priorizando o vínculo afetivo entre a equipe profissional, o usuário e a família (GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004).

Pesquisas em relação à abordagem psicológica do indivíduo com TEA no ambiente odontológico são escassas (KATZ et al., 2009). As técnicas de abordagem psicológicas mais citadas para essas pessoas são: “dizer-mostrar-fazer”, reforço positivo (elogios, premiação), evitar reforços negativos (punições ou qualquer tipo de ridicularização em função do comportamento negativo frente à experiência odontológica), técnica da modelagem, eliminação de estímulos sensoriais estressantes, uso de comandos e ordens claras e objetivas, uso do controle de voz, estabelecimento de uma rotina de atendimento (dia e horário das consultas) e sessões curtas. Essas técnicas podem ser utilizadas isoladamente ou associadas, devendo sempre levar em consideração as características de cada pessoa.

Apesar de ser um grande desafio, desde que seja realizado um trabalho prévio de adaptação, o tratamento odontológico de usuários com Transtorno do Espectro Autista, a nível ambulatorial, é passível de ser realizado.

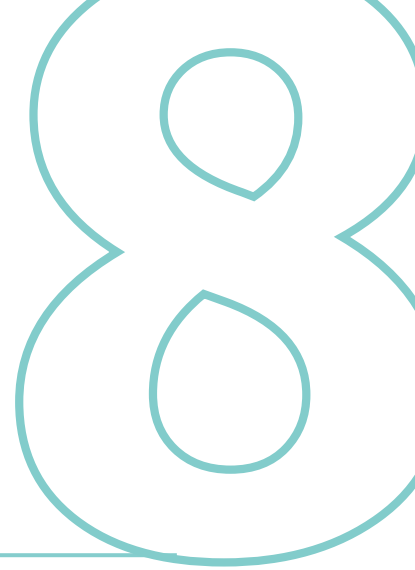
Zink et al. (2016) adaptou um facilitador de comunicação para indivíduos que apresenta severas dificuldades de comunicação, como o Transtorno do Espectro Autista, para a comunicação, por meio do uso de figuras adaptadas à odontologia, entre o usuário e o profissional durante o tratamento odontológico, facilitando a assistência em ambiente ambulatorial e minimizando a necessidade de uso de restrição física. Estudos apontam que a comunicação por figuras tem se apresentado como um método de intervenção promissor (GANZ et al., 2012).

A desinformação e o preconceito acabam contribuindo para situações de desamparo, exclusão social e não acesso aos direitos. Neste sentido, existe a necessidade de investir na formação e no treinamento dos profissionais que prestam atendimento às pessoas com Transtorno do Espectro Autista, especialmente os que trabalham nas áreas da saúde, educação e assistência social. (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2015b; SÃO PAULO, 2011). Desta maneira, deve ser considerada de extrema importância a instituição de programas de prevenção em saúde bucal para essa população (JABER, 2011).

Tornam-se necessários a prevenção e o início precoce da abordagem odontológica nesses indivíduos na APS, formando um adulto capaz de conhecer e aceitar o tratamento odontológico em ambiente ambulatorial, minimizando o número de intervenções com anestesia geral na fase adulta. O custo com estes procedimentos será minimizado, visto que o atendimento em ambiente hospitalar é sempre muito oneroso.

O tratamento odontológico da pessoa com TEA deve ser realizado, preferencialmente, nas USF com profissionais capacitados, utilizando a abordagem lúdica e as tentativas de condicionamento. Os casos de dificuldade intermediária podem ser encaminhados aos CEO, com profissionais especializados no atendimento de pessoas com deficiência. Para casos mais graves, torna-se necessário o encaminhamento à atenção hospitalar para intervenção com anestesia geral.

TÉCNICAS DE MANEJO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA ODONTOLOGIA



O cuidado à saúde bucal à pessoa com deficiência pode ser auxiliado por técnicas de manejo de comportamento que utilizam elementos como: a comunicação e a orientação comunicativa; a criação de vínculo, a observação direta; o “dizer-mostrar-fazer”; o controle de voz; o reforço positivo; a distração; a comunicação não-verbal, entre outras. Porém, ocasionalmente, em função de limitações para a cooperação, sejam físicas ou emocionais, algumas pessoas com deficiência podem demandar técnicas mais avançadas. Entre as mais conhecidas estão a estabilização protetora, a sedação e a anestesia geral (AAPD, 2015a; AAPD, 2015b; ALOP, 2010). Como as outras técnicas, essas também devem ter como foco a facilitação dos objetivos de comunicação, cooperação e de efetivação de um cuidado em saúde bucal com qualidade, bem como serem utilizadas com responsabilidade, ética e a partir de avaliações criteriosas, que considerem o contexto e as necessidades do usuário e sua família, e realizadas a partir do consentimento prévio informado (NIDCR, 2009; BARBOSA; TOLEDO, 2003; AAPD, 2015a; AAPD, 2015b; BRASIL, 2015b; BRASIL, 2015c).

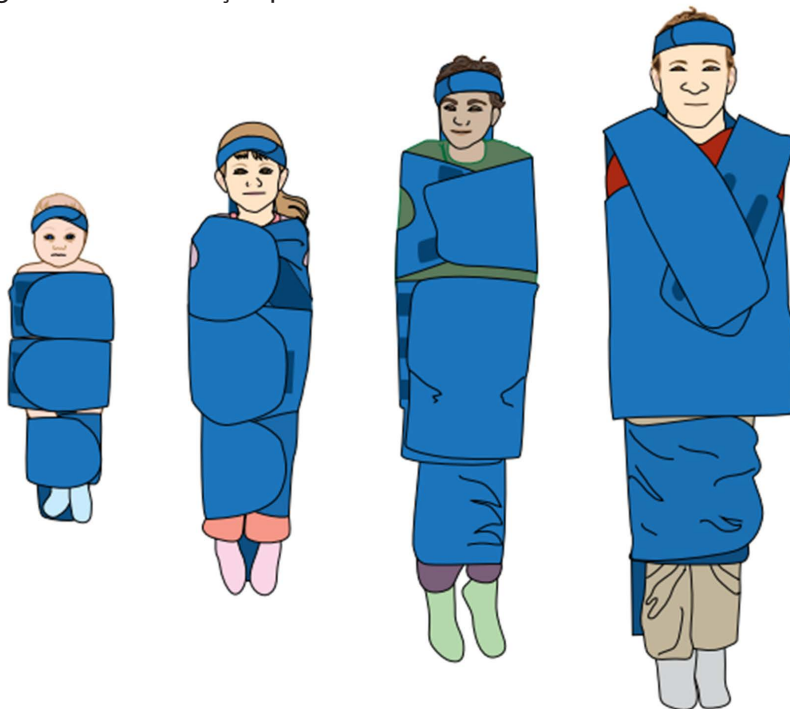
Abaixo, estão descritas algumas estratégias de manejo não-farmacológicas:

- a) Verbal – linguagem, técnica do “dizer-mostrar-fazer”; modelagem; reforço positivo; controle de voz; e distração. Essas técnicas devem ser usadas quando o usuário apresentar um nível de cognição compatível com o entendimento sobre o processo.
- b) Não verbal – toque, olhar, sorriso.
- c) Restrição física – a finalidade desta técnica é limitar movimentos corporais, evitando injúrias. É realizada com as mãos de um auxiliar bem treinado e/ou cuidador ou responsável do usuário.

- d) Restrição mecânica – tem a finalidade de restringir os movimentos do usuário, utilizando acessórios ou equipamentos apropriados. Podem ser utilizados lençol, faixa e fitas adesivas, macri (maca odontológica para atendimento de bebês e crianças até cerca de 4 anos de idade), cadeiras desenvolvidas e/ou adaptadas para o atendimento e a contenção com auxílio de estabilizadores ou pranchas.

A estabilização protetora pode estar incorporada à restrição física ou mecânica. No entanto, é importante observar que seu uso é objeto de debate e controvérsias e envolve a avaliação dos riscos, como danos físicos e psicológicos (BARBOSA; TOLEDO, 2003; ROMER, 2009; BERZLANOVICH; SCHÖPFER; KEIL, 2012; CALDAS JR; MACHIAVELLI, 2015; AAPD, 2015a; AAPD, 2015b).

Figura 29: Estabilização protetora



Fonte: (UFPE, 2013)

O uso de técnicas de estabilização protetora deve ocorrer após uma avaliação criteriosa e esgotadas as técnicas de dessensibilização, como sessões prévias de acolhimento e interação. A utilização de métodos alternativos que evitem as contenções física e química em situações de crise constitui um padrão internacional de qualidade e respeito aos direitos do usuário de serviços de saúde, segundo a OMS, com base na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2015c).

A aprovação e a assinatura do termo de consentimento pelo usuário, quando possível, e dos pais ou responsáveis, quando for o caso, demonstra uma forma de elucidação da conduta e do amparo legal.

As técnicas de manejo de comportamento não-farmacológicas podem não apenas evitar a necessidade de sedação ou anestesia geral, mas também contribuir para que pessoas com deficiência desenvolvam habilidades de enfrentamento que podem capacitá-los a receber cuidados abrangentes nas USF e nos CEO (LYONS, 2009).

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB SEDAÇÃO



Quando todas as técnicas de manejo de comportamento não permitirem o atendimento odontológico seguro, outras estratégias poderão ser utilizadas. Uma estratégia é a sedação que quando realizada de forma segura, pode facilitar o processo de tratamento odontológico em usuários que apresentam limitações em cooperar durante a consulta, podendo ter maior aceitação e tolerância quando comparada a outras abordagens (SEBASTIANI; DYM; WOLF, 2016). Caracteriza-se por uma abordagem farmacológica que objetiva minimizar o estresse fisiológico e psicológico do usuário, podendo ser realizada com medicações isoladas ou combinadas. As drogas utilizadas têm as propriedades de aliviar e controlar a ansiedade, o medo e as secreções intrabucais e promover o relaxamento muscular e o domínio dos movimentos involuntários. Nela ocorre uma depressão mínima do nível de consciência, o que não afeta a habilidade de respirar de forma automática e independente, bem como de responder, de maneira apropriada, à estimulação física e ao comando verbal (CALDAS JR.; MACHIAVELLI, 2013; GOULART; GOMES; HADDAD, 2007).

Segundo Caldas Jr. e Machiavelli (2013), as principais indicações da sedação são:

- Deficiência intelectual cuja compreensão e cognição estejam comprometidas, dificultando a comunicação com a equipe de saúde bucal durante o atendimento.
- Deficiência intelectual com grave deficiência física, porém gozando de boa saúde geral.
- Deficiência física ou motora, mas com função mental preservada (por exemplo: paralisia cerebral).
- Transtornos psiquiátricos (exemplo: esquizofrenia); difícil comunicação e/ou cooperação durante o procedimento odontológico.
- Transtornos do comportamento (exemplo: autismo), em que não houve a compreensão, impactando na não colaboração.

A sedação e a constante supervisão do usuário devem ser realizadas por equipe habilitada, com o uso de ausculta periódica, a oximetria de pulso e o monitoramento dos sinais vitais (CALDAS JR.; MACHIAVELLI, 2013).

É importante salientar que para a realização da sedação, o usuário deve ser avaliado de forma individual, visto que pessoas com deficiências apresentam particularidades que podem contraindicar o seu uso.

Há contraindicações comuns a qualquer agente sedativo, sendo a depressão respiratória a principal complicação da sedação em consultório odontológico. É preciso ter a precaução de não realizá-la em pessoas com doença cardíaca cianótica, doenças pulmonares e com alterações das funções hepática e renal. Atenção especial também deve ser dada aos obesos que, em geral, apresentam dificuldade de manutenção da permeabilidade das vias aéreas, além de difícil punção venosa. Nesses casos, o mais indicado é o atendimento sob anestesia geral, em ambiente hospitalar. Deve-se também ter cautela com pessoas que fazem uso de barbitúricos, tranquilizantes e outras drogas depressoras do Sistema Nervoso Central.

9.1 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB ANESTESIA GERAL

A necessidade de anestesia geral tem por critério de encaminhamento as condições sistêmica, bucal e comportamental do usuário que, por sua vez, precisará retornar à USF ou ao CEO para o acompanhamento dos resultados do tratamento e a manutenção da saúde bucal.

Procedimentos sob anestesia geral têm a função primordial de promover segurança para o usuário e os profissionais (MCKELVEY; MORGAINÉ; THOMSON, 2014). Os critérios de indicação estão descritos no Quadro 10.

Quadro 10 - Indicação de tratamento odontológico sob anestesia geral.

Pessoas com lesões neurológicas, síndromes e transtorno comportamental, cujo gerenciamento do comportamento não obteve sucesso para atendimento em ambulatório.

Pessoas com alterações sistêmicas que apresentem alto risco de atendimento odontológico em ambiente ambulatorial.

Inviabilidade de realização dos procedimentos odontológicos por difícil gerenciamento do comportamento e por apresentar muitas necessidades de tratamentos acumuladas, cujo deslocamento para o tratamento seja muito difícil e dispendioso.

Cirurgias complexas (exodontias complexas de dentes retidos, cirurgias ortognáticas).

Atendimentos cirúrgicos de urgência (drenagem de abscesso, trauma).

Fonte: Baseado em Manley, Skelly e Hamilton (2000) e Nathan (2001).

A equipe de odontologia deve se articular com os profissionais das mais diversas áreas da saúde durante o tratamento da pessoa com deficiência, sendo primordial essa articulação em procedimentos mais invasivos, como os que necessitam de tratamento odontológico sob anestesia geral. O intuito desta articulação é debater as particularidades de cada pessoa a partir de uma abordagem interdisciplinar. A discussão do caso clínico com profissionais de saúde envolvidos, promove uma visão multiprofissional e colabora para a oferta de um tratamento seguro e integral ao usuário impactando no seu bem-estar.

Durante a etapa pré-cirúrgica, o cirurgião-dentista deve encaminhar o usuário ao médico anesthesiologista para a realização de exames e a avaliação da condição sistêmica, solicitando o parecer sobre a realização do procedimento e suas particularidades (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

O médico anesthesiologista (visita pré-anestésica) deve realizar a anamnese e um exame físico criterioso, seguido de exames complementares (exames hematológicos, bioquímicos, radiológicos e gráficos), para se determinar o risco anestésico e se há a necessidade de pré-medicações, bem como fornecer orientações no pré e pós-operatório (SILVA, 1990; MANICA 1997). Deve ser dada maior atenção à avaliação médica de pessoas que apresentem doenças de ordem genética quando da indicação da anestesia geral, haja vista que, nestes casos, há maior probabilidade de desenvolvimento de reações adversas, como arritmia cardíaca, hipertemia maligna, hiper ou hipotermia, hipercalcemia, depressão respiratória, rigidez muscular e das articulações e insuficiência renal aguda (CAMPOS; ROMANO, 2007; TANAKA; RIBEIRO, 2009).

A integração entre o médico e o cirurgião-dentista, assim como entre os demais profissionais da saúde, será significativa para um bom prognóstico, valorizando a saúde da pessoa e concebendo-a de forma integral. Antes da cirurgia, o cirurgião-dentista deve fazer uma anotação no prontuário do usuário, descrevendo brevemente a natureza da condição clínica, os problemas dentários e o curso esperado da cirurgia e da hospitalização. A equipe do hospital pode então se basear nessa anotação para se familiarizar com as condições gerais do usuário e o motivo da admissão (HUPP; TUCKER; ELLIS III, 2009).

Os procedimentos realizados durante a anestesia geral baseiam-se na condição sistêmica do usuário e sua saúde bucal, atendendo às individualidades, realizando assim um plano terapêutico singular. Recomenda-se que o cirurgião-dentista responsável pelo procedimento cirúrgico realize um planejamento prévio dos procedimentos que serão realizados, tendo o controle das variáveis, como o tempo da cirurgia, os dentes que apresentam necessidade de tratamento e o grau de comprometimento dentário e periodontal, priorizando estruturas dentárias/periodontais que apresentem um maior risco.

O envolvimento dos usuários e/ou responsáveis legais na aprovação do plano de tratamento é de suma importância. Os procedimentos devem ser discutidos e o usuário (ou responsável, quando necessário) deve assinar a autorização para realização dos procedimentos no termo de consentimento informado (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012; BRASIL, 2015b), que visa decisões que determinarão a saúde da pessoa com deficiência. O cirurgião-dentista deve realizar um planejamento criterioso, visando sempre procedimentos seguros, e evitar iatrogenias.

Preferencialmente, os procedimentos não-invasivos são os primeiros a serem realizados, visando evitar a presença de sangramento e contaminação para o tratamento restaurador. No entanto, na maioria das vezes, estes procedimentos requerem manipulação de materiais não-estéreis (materiais restauradores) que devem ser manipulados por equipe auxiliar circulante, evitando, assim, a contaminação do campo cirúrgico.

Entre os procedimentos que poderão ser realizados, de acordo com o planejamento, estão: radiografias periapicais (quando o serviço dispõe do equipamento), profilaxia, aplicação de selantes, aplicação tópica de flúor, remoção de cálculo dentário, restaurações, polimento coronário, cirurgias periodontais, tratamento endodôntico e extrações (SABBAGH-HADDAD; MARETTI, 2007; CAMPOS et al., 2009).

Figura 29 - Atendimento odontológico sob anestesia geral (Programa de Assistência Integral ao Paciente Especial-PAIPE / Universidade do Sagrado Coração-Bauru/SP)



Fonte: Arquivo de Sara Nader Marta.

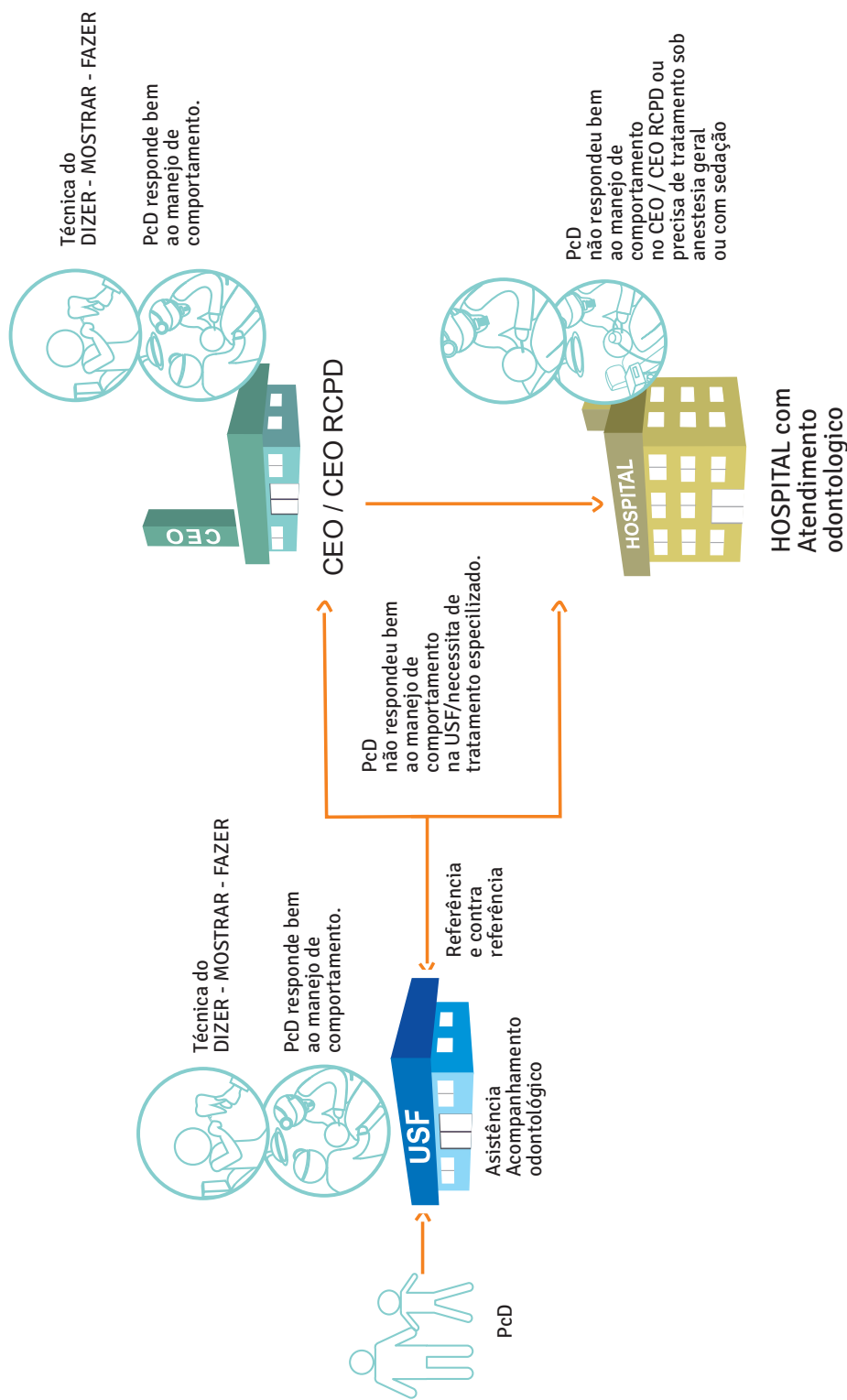
9.2 ATENDIMENTO SOB SEDAÇÃO X SOB ANESTESIA GERAL

A sedação e a anestesia geral podem colaborar para um melhor tratamento odontológico para indivíduos que apresentam fobia ou condicionamento inadequado. Alguns exemplos são: pessoas ansiosas durante as consultas, com comprometimento cognitivo ou disfunção motora, crianças e aqueles incapazes de tolerar o estresse físico. (WANG et al., 2012).

Em uma atualização de revisão sistemática da Cochrane foram verificadas as evidências disponíveis que comparavam o tratamento odontológico de crianças e adolescentes menores de 18 anos sob sedação e anestesia geral em pesquisas que objetivavam comparar as duas abordagens em termos de segurança e efetividade, bem como o custo despendido para cada conduta. Os autores concluíram que estudos clínicos randomizados seriam necessários para quantificar diferenças, como a morbidade e o custo das duas abordagens (ASHLEY et al., 2015).

Os profissionais devem, portanto, realizar uma avaliação individualizada dos riscos e benefícios de cada abordagem para cada pessoa com deficiência, atentando-se para as doenças sistêmicas que contraindicam o emprego da sedação ou da anestesia geral. Adicionalmente, deve-se ressaltar que as técnicas de manejo de comportamento nunca devem ser preteridas em casos em que os usuários podem ser tratados a nível ambulatorial.

Figura 30 - Fluxograma da Pessoa com Deficiência (PcD) na rede de atenção à saúde bucal



Fonte: Autoria própria - Departamento de Saúde da Família (DESF).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O olhar humanizado e a necessidade do atendimento à pessoa com deficiência de forma integral impactaram na odontologia moderna, particularmente na odontologia direcionada ao usuário com necessidades especiais, fornecendo aos profissionais um conjunto de estratégias para permitir que a equipe realize um atendimento abrangente e seguro, de uma forma menos restritiva.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi ampliada nos últimos anos com um maior número de ofertas de educação continuada em saúde para os profissionais, com o aumento do número de vagas de residência multiprofissional com ênfase em pessoas com deficiência. Essa ação demonstra a necessidade do olhar multiprofissional e sua articulação, aprimorando as ações de saúde.

O cuidado odontológico das pessoas com deficiência precisa ser planejado juntamente com outras intervenções terapêuticas, priorizando a promoção da saúde e a prevenção de agravos.

A atenção integral à saúde da pessoa com deficiência só será possível com profissionais de saúde treinados e/ou capacitados e com os pontos de atenção da rede de saúde articulados em todo território nacional. O cuidado odontológico deste público deve considerar o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades, a negociação e a reavaliação e os profissionais devem sempre buscar a participação da pessoa com deficiência e de seus cuidadores ou responsáveis neste cuidado.

Neste sentido, o Ministério da Saúde, por meio de convênio com a Universidade Federal de Pernambuco, capacitou mais de 6.000 profissionais integrantes das equipes de saúde bucal (cirurgiões-dentistas e atendentes de saúde bucal) da Atenção Primária à Saúde e dos CEO. O curso aconteceu na modalidade semipresencial com uma parte teórica desenvolvida por técnicas de Educação a Distância (EAD) e outra parte clínico-assistencial.

Almejando a continuidade do aprimoramento do cuidado à saúde bucal das pessoas com deficiência, espera-se que este Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência possam nortear o trabalho das equipes multiprofissionais em todas as etapas do cuidado e do processo de reabilitação e nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS.

SAIBA MAIS!

O Ministério da Saúde produziu uma série de publicações que qualificam a atenção em saúde das pessoas com deficiência e orientam os profissionais de saúde dos vários pontos da Rede de Atenção à Saúde. Consideram a especificidade de diferentes tipos de deficiência e podem contribuir para o cuidado à saúde bucal. O acesso pode ser feito pela internet:

A Saúde Bucal no SUS

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf

Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.pdf

Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_sindrome_down.pdf

Cuidados à Saúde da Pessoa com Síndrome de Down.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_saude_pessoas_sindorme_down.pdf

Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_paralisia_cerebral.pdf

Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular.pdf

Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf

Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_traumatismo_cranioencefalico.pdf

Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_saude_ocular_infancia.pdf

Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf

Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Encefálico.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf

Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Síndrome de Pós-poliomielite e Comorbidades.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_reabilitacao_sindrome_pos_poliomielite_co_morbidades.pdf

Diretrizes de Estimulação Precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf

REFERÊNCIAS

ABANTO, J. et al. Avaliação dos hábitos alimentares de interesse odontológico em crianças com paralisia cerebral. **Revista Ciências em Saúde**, Itajubá, v. 27, n. 3, p. 244-8, 2009.

ABANTO, J. et al. Associated factors to erosive tooth wear and its impact on quality of life in children with cerebral palsy. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 34, n. 6, p. 278-85, 2014.

ALVES, C. et al. Mecanismos patogênicos da doença periodontal associada ao diabetes melito. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 51, n.7, p.1050-7, 2007.

AL-ALLAQ, T. et al. Oral health status of individuals with cerebral palsy at a nationally recognized rehabilitation center. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 35, n. 1, 2015.

AMARAL, L. D.; PORTILLO, J. S. C.; MENDES, S. C. T. Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na Saúde Bucal Coletiva. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n.3, p. 105-14, 2011.

AMARAL, C. O. F. et al. Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico. **Archives of Oral Research**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 143-5, 2012.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). **Policy on the ethical responsibilities in the oral health care management of infants, children, adolescents, and individuals with special health care needs**. 2015a. Disponível em: <http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_Ethic.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2018

_____. **Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient**. 2015b. Disponível em: <http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_BehavGuide.pdf>. Acesso em 7 ago. 2018.

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. **Intellectual disability, definition, classification, and systems of supports**. 11 ed. Washington (DC), 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, K. M. et al. Consensos em saúde bucal aprimorando a atenção básica, Ribeirão Preto, SP. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**. Ribeirão Preto, v. 44, n. 4, p. 355-66, 2011.

ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

ASHLEY A. P. F. et al. Sedation versus general anaesthesia for provision of dental treatment to patients younger than 18 years. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 28, n. 9, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. **Manual de Controle Social**. Comissão de Articulação Política, ABRAZ, 2014.

ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA DE ODONTOPEDIATRIA (ALOP). **Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria**. São Paulo: Santos, 2010.

BALADI, A. B. P. T.; CASTRO, N. M. D.; MORAIS, F. M. C. Paralisia Cerebral. In: RAMOS, A. C. R et al. **Medicina e Reabilitação: princípios e prática**. São Paulo: Artes Médicas, 2007, p. 15-34.

BAKKE, M. et al. Orofacial function and oral health in patients with Parkinson's disease. **European Journal of Oral Sciences**, Chichester, v. 119, p. 27-32, 2011.

BARBOSA, C. S. A.; TOLEDO, O. A de. Uso de técnicas aversivas de controle de comportamento em odontopediatria. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê - JBP**, Curitiba, v. 6, n. 29, p. 76-82, 2003.

BAX, M. et al. Proposed definition and classification of cerebral palsy, april 2005. **Development Medicine & Child Neurology**, Oxford, v. 47, n. 8, p. 571-6, 2005.

BELL, E. J.; K Aidonis, J.; TOWNSEND, G. C. Tooth wear in children with Down syndrome. **Australian Dental Journal**, Sydney, v. 47, n. 1, p. 30-5, 2002.

BENFER, K. A. et al. Oropharyngeal dysphagia in preschool children with cerebral palsy: oral phase impairments. **Research in Developmental Disabilities**. Nova York, v. 35, n. 12, p. 3469-81, 2014.

BERZLANOVICH, A.M.; SCHÖPFER, J.; KEIL, W. Deaths due to physical restraint. **Deutsches Ärzteblatt International**, Colônia, v. 109, n. 3, p. 27-32, 2012.

BHAT, V. et al. Complete denture treatment protocol in Parkinson's disease: a case report. **Journal of Indian Academy of Dental Specialists**, Mumbai, v. 2, n. 2, p. 63-5, 2011.

BORM, J. M. et al. Evaluation des risques encourus par les patients sous traitement inhibiteur de la résorption osseuse. **Revue Mensuelle Suisse d'Odontostomatologie**, Berna, v. 123, n. 11, p. 994-1001, 2013.

BOZKURT, F. Y.; FENTOGLU, O.; YETKIN, Z. The comparison of various oral hygiene strategies in neuromuscularly disabled individuals. **Journal of Contemporary Dental Practice**. Nova Deli, v. 5, n. 4, p. 23-31, 2004.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: Relatório Final. Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 613, de 13 de junho de 1989. Aprova a Política Nacional de Saúde Bucal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 1989. Seção I, p. 42607.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Caderno de Atenção Básica nº 17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Presidência da República. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinado em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 26 ago. 2009. Seção 1, p. 3-9. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro da Saúde. Portaria nº 1.032, de 05 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 maio 2010. Seção 1, p. 50-1. 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro da Saúde. Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2 jul. 2012. Seção 1, p. 74. 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Presidência da República. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Seção 1, p. 2-11. 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direito é qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 out 2017. Seção Suplemento, p. 192-288. 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 out 2017. Seção Suplemento, p. 61-192. 2017b.

BRUNI, A. S. et al. Atendimento odontológico ao paciente com demência (Alzheimer) na fase leve: orientações clínicas. **Revista Portal de Divulgação**, São Paulo, n. 25, p. 45-50, 2012.

BURGESS, J.; MEYERS, A. D. Management of the Dental Patient With Neurological Disease. **Medscape News and Education** [internet]; 2015. Disponível em: <<https://emedicine.medscape.com/article/2091727-overview>>. Acesso em: 30 jul. 2019.

BURLÁ, C. et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2949-56, 2013.

CALDAS JR, A. F.; MACHIAVELLI, J. L. (Org.). **Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência: protocolos, diretrizes e condutas para cirurgiões-dentistas**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2013.

CAMPOS, C. C.; ROMANO, A. J. M. Peculiaridades da sedação e anestesia geral em pacientes com necessidades especiais. In: COSTA, L. R. R. S et al. **Sedação em Odontologia: desmitificando sua prática**. São Paulo: Artes Médicas, 2007, p. 145-63.

CAMPOS, C. C. et al. **Manual prático para o atendimento odontológico dos pacientes com necessidades especiais**. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia. 2009.

CAMPOS, C. C.; SABBAGH-HADDAD, A. Transtornos de comportamento e tratamento odontológico. In: SABBAGH-HADDAD, A. **Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais**. São Paulo: Santos, 2007.

CARAMELLI, P. C.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, Supl. I, p. 7-10, 2002.

CARNEIRO, V. L.; SPERANDIO, A. P. C. Conversando com o dentista. In: BIBAS, J. M.; DUARTE, A. M. **Ideias de estimulação para a criança com Síndrome de Down**. Curitiba: Artes e Textos, p. 57-63, 2009.

CARNEIRO, V. L.; SULLCAHUAMAN, J.A.G.; FRAIZ, F.C. Utilización de la placa palatina de memoria y desarrollo orofacial em infante com Síndrome de Down. **Revista Cubana de Estomatología**, Ciudad de La Habana, v. 49, n. 4, p. 305-11, 2013.

CARVALHO, R. B. de et al. Oral health and oral motor function in children with cerebral palsy. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 31, n. 2, p. 58-62, 2011.

CASTILLO-MORALES, R. **Terapia de Regulação Orofacial**. São Paulo: Memnon, 1999.

CASTRO, A. M. et al. Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 39, n. 3, p. 137-42, 2010.

CHENG, G. et al. Diabetes as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. **Internal Medicine Journal**, Melbourne, v. 42, n. 5, p. 484-91, 2012.

CHOU, K. L. Clinical manifestations of Parkinson disease. **UpToDate** [Internet]. Post TW, ed. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-parkinson-disease>>. Acesso em 01 ago. 2018.

CLEMETSON, J. C. et al. Preparing dental students to treat patients with special needs: changes in predoctoral education after the revised accreditation standard. **Journal of Dental Education**, Washington, v. 76, n. 11, p.1457-65, 2012.

COON, E. A.; LAUGHLIN, R. S. Burning mouth syndrome in Parkinson's disease: dopamine as cure or cause? **Journal of Headache and Pain**, Milão, v. 13, n. 3, p. 255-7, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO nº 118, de 11 de maio de 2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 jun. 2012. Seção 1, p. 118.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM nº 1.802/2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 27 fev. 2018. Seção 1, p. 82.

CURY, J. A.; ANDRADE, E. D.; QUINTANA-GOMES JR, V. Intoxicação aguda pela ingestão de fluoreto. In: ANDRADE, E. D.; RANALI, J. **Emergências Médicas em Odontologia**: medidas preventivas, protocolos de atendimento e equipe de emergência. 2 ed. Artes Médicas, 2004. p. 131-8.

DANTAS, B. et al. Saúde bucal e cuidados na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Odontológica do Planalto Central - ROPLAC**, Gama, v. 5, n. 1, p. 28-32, 2015.

DAVIS, D. M. et al. The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. **British Dental Journal**, Londres, v. 188, n. 9, p. 503-6, 2000.

DOURADO, M. R. et al. Association between executive/attentional functions and caries in children with cerebral palsy. **Research on Developmental Disabilities**, Nova York, v. 34, n. 9, p. 2493-9, 2013.

DREYFUS, D.; LAUER, E.; WILKINSON, J. Characteristics associated with bone mineral density screening in adults with intellectual disability. **Journal of the American Board of Family Medicine**, Lexington, v. 27, n.1, p. 104-14, 2014.

FERREIRA, M. C. et al. Autonomic nervous system in individuals with cerebral palsy: a controlled study. **Journal of Oral Pathology and Medicine**, Oxford, v. 40, n. 7, 2011.

FIGUEIREDO, J. R. Odontologia em Paralisia Cerebral. In: SOUZA, A. M. C.; FERRARETO, I. (Org). **Paralisia Cerebral**: aspectos práticos. São Paulo: Menon, 1998. p.148-68.

_____. Paralisia Cerebral. In: MAREGA, T.; GONÇALVES, A. R.; URBINI, F. Odontologia Especial. São Paulo: Quintessence, 2018. p. 168-89.

FISKE, J. et al. Guidelines for the development of local standards of oral health care for people with dementia. **Gerodontology**, Oxford, v. 23, Suppl. 1, p. 5-32, 2006.

FISCHER-BRANDIES, H.; TRÄGNER-BORN, J. La hauteur de la voûte palatine chez le nourrissons atteints de morbus-Down. **L'Orthodontie française**, Paris, v. 58, n. 2, p. 599-606, 1997.

FOWLER, T. W. et al. Low bone turnover and low BMD in Down syndrome: effect of intermittent PTH treatment. **Plos One**, São Francisco, v. 7, n. 8, e42967, 2012.

FRANKE, K. et al. Advanced BrainAGE in older adults with type 2 diabetes mellitus. **Frontiers in Aging Neuroscience**, Lausanne, v. 17, n. 5, p. 90, 2013.

FRIEDLANDER A. H. et al. The pathophysiology, medical management and dental implications of fragile X, Rett, and Prader-Willi syndromes. **Journal of the California Dental Association**, Sacramento, v. 31, n. 9, p. 693-702, 2003.

_____. Alzheimer's disease: Psychopathology, medical management and dental implications. **Journal of the American Dental Association - JADA**, Chicago, v. 137, n. 9, p. 1240-51, 2006.

_____. Parkinson Disease: systemic and orofacial management manifestations, medical and dental management. **Journal of the American Dental Association - JADA**, Chicago, v. 140, n. 6, p. 658-69, 2009.

GADIA, C. A.; TUCHMAN, R.; ROTTA, N.T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, Suppl., p. 83-94, 2004.

GANZ, J. B. et al. Meta-analysis of PECS with individuals with ASD: Investigation of targeted versus non-targeted outcomes, participant characteristics, and implementation phase. **Research in Developmental Disabilities**, Nova York, v. 33, n. 2, p. 406-18, 2012.

GISEL, E. G.; BIRNBAUM, R.; SCHWARTZ, S. Feeding impairments in children: diagnosis and effective intervention. **International Journal of Orofacial Myology**, Seattle, v. 24, p. 27-33, 1998.

GONZÁLEZ-CASTILLO, J. et al. Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in the elderly patient. **Revista Española de Quimioterapia**, Barcelona, v. 27, n. 1, p. 69-86, 2014.

GOULART, M. G. V.; GOMES, M. F.; HADDAD, A. S. Sedação consciente no tratamento odontológico em pacientes com necessidades especiais. In: HADDAD, A. S. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Santos, 2007. p. 476-84.

GRACIES, J. M. Pathophysiology of spastic paresis. I: Paresis and soft tissue changes. **Muscle & Nerve**, Nova York, v.31, n.5, p. 535-51, 2005a.

_____. Pathophysiology of spastic paresis. II: Emergence of muscle overactivity. **Muscle & Nerve**, Nova York, v. 31, n. 5, p. 552-71, 2005b.

GRIFFITHS. J. et al. Oral health care for people with mental health problems: guidelines and recommendations. **Doncaster, British Society for Disability and Oral Health**, 2000.

GUARE, R. O.; CIAMPONI, A. L. Dental caries prevalence in the primary dentition of cerebral-palsied children. **The Journal of clinical pediatric dentistry**, Birmingham, v. 27, n. 3, p. 287-92, 2003.

GUARE R.O.; CIAMPONI, A. L. Prevalence of periodontal disease in the primary dentition of children with cerebral palsy. **Journal of dentistry for children**, Chicago, v. 71, n. 1, p. 27-32, 2004.

GURGEL, A. L. A.; MIRANDA, A. F. Atendimento multidisciplinar em paciente idosa com Alzheimer em fase intermediária em domicílio. Relato de caso: o cirurgião-dentista como integrante. **Revista Portal de Divulgação**, São Paulo, n. 20, 2012. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

HIRTZ, D. et al. How common are the “common” neurologic disorders? **Neurology**, Mineapolis, v. 68, n. 5, p. 326-37, 2007.

HOGAN. Autism Treatment Center of America. Home of the Son-Rise Program®. **Modelo de desenvolvimento do Programa Son-Rise®**. Tradução de: Barreto, A. D.; Inspirados pelo Autismo [internet]. 2007. Disponível em: <<https://www.autismtreatmentcenter.org/>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

HUPP, J. R.; TUCKER, M. R.; ELLIS III, E. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JABER, M. A. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. **Journal of applied oral science**, Bauru, v. 19, n. 3, p. 212-7, 2011.

JORDE, L. B. et al. Citogenética clínica: a base cromossômica das doenças humanas. In: JORDE, L. B. et al. **Genética médica**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2000. p. 101-105.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **The Nervous Child**, Nova York, [S.1.], v. 2, p. 217-50, 1943.

KANNER, L. Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. **Journal of Autism and Childhood Schizophrenia**. Nova York, [S.1.], v. 1, n. 2, p. 119-45, 1971.

KATZ, C. R. T. et al. Abordagem psicológica do paciente autista durante o atendimento odontológico. **Odontologia Clínico Científica**, Recife, v. 8, n. 2, p. 115-21, 2009.

KLEIN, U.; NOWAK, A. J. Characteristics of patients with Autistic Disorders (AD) presenting for dental treatment: a survey and chart review. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 19, n. 5, p. 200-07, 1999.

KOMAN, L. A.; MOONEY, J. F.; SMITH, E. P. Neuromuscular blockade in the management of cerebral palsy. **Journal of Child Neurology**, Rochester, v. 11, Supl 1, s23-s28, 1996.

KOMAN, L. A.; SMITH, B. P.; SHILT, J. S. Cerebral palsy. **Lancet**, Londres, v.363, n.9421, p. 1619-31, 2004.

- KOSZEWICZ, M. et al. The characteristics of autonomic nervous system disorders in burningmouth syndrome and Parkinson disease. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 26, n. 4, p. 315-20, 2012.
- KUBAN, K. C.; LEVITON, A. Cerebral palsy. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 330, n. 3, p. 188-95, 1994.
- KUMASAKA, S. et al. Oligodontia: a radiographic comparison of subjects with Down syndrome and normal subjects. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 17, n. 4, p.14, 1997.
- LANCE, J. W. Symposium synopsis. In: FELDMAN, R. G.; YOUNG, R. R.; KOELA, W. P. (eds.). **Spasticity, Disordered motor control**. Chicago: Yearbook Medical, 1980. p. 485-494.
- LIMBROCK, G. J.; HOYER, H.; SCHEYING, H. Regulation therapy by Castillo-Morales in children with Down syndrome: primary and secondary orofacial pathology. **Journal of dentistry for children**, Chicago, v. 11-2, p. 437-41, 1990.
- LONGO, M.; HANKINS, G.D. Defining cerebral palsy: pathogenesis, pathophysiology and new intervention. **Minerva Ginecologica, Turim**, v. 61, n. 5, p. 421-9, 2009.
- LORD, C.; RUTTER, M. Autism and Pervasive Developmental Disorders. **Child and Adolescent Psychiatry**, Oxford: Blackwell, p. 569-93, 1994.
- LONDE, L. P. et al. Pneumonia Nosocomial e sua relação com a saúde bucal. **Revista Ciências e Odontologia - ICESP**, Brasília, v. 1, p. 24-8, 2017.
- LYONS, R. A. Understanding basic behavioral support techniques as an alternative to sedation and anesthesia. **Special care in Dentistry**, Chicago, v. 29, n. 1, p. 39-50, 2009.
- MANZANO, F. S. et al. Treatment of muscle spasticity in patients with cerebral palsy using BTX-A: a pilot study. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 24, n. 4, p. 235-9, 2004.
- MANICA, J. T. Avaliação pré-anestésica. In: _____. **Anestesiologia: princípios e técnicas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 80-93.
- MANLEY, M. C.; SKELLY, A. M., HAMILTON, A.G. Dental treatment for people with challenging behavior: general anesthesia or sedation? **British Dental Journal**, Londres, v. 188, n.7, p. 358-60, 2000.
- MAREGA, T.; AIELLO, A. L. R. Autismo e Tratamento Odontológico: Algumas Considerações. **Revista Íbero-americana de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 8, p. 150-7, 2005.
- MARQUES, G. C. et al. Odontologia domiciliar ao idoso frágil: a importância da Odontogeriatría. **Revista Portal de Divulgação**, São Paulo, v. 42, p. 6-14, 2014. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

MARTINEZ-MIHI, V. et al. Resting position of the head and malocclusion in a group of patients with cerebral palsy. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 6, n.1, e1-6, 2014. Disponível em: <<http://www.medicinaoral.com/odo/volumenes/v6i1/jcedv6i1p1.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

MCDONALD, R. E.; AVERY, D. R. **Odontopediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MELLO, C. R. S. et al. Terapia Reguladora Orofacial na Síndrome de Down. Apresentação de caso clínico. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 1, n.1, p.34-43, 1998.

MENEZES, S. A.; ZINK, A. G.; MIRANDA, A. F. Transtorno do Espectro Autista (TEA): abordagem e condicionamento para o atendimento odontológico - Revisão de Literatura. **Revista Odontológica do Planalto Central**, Gama, v. 4, n.2, p. 8-12, 2014.

MCKELVEY, K. D. et al. Low bone turnover and low bone density in a cohort of adults with Down's syndrome. **Osteoporosis International**, Londres, v. 24, n.4, p.1333-8, 2013.

MCKELVEY, V. A.; MORGAIN, K. C.; THOMSON, W. M. Adults with intellectual disability: a mixed-methods investigation of their experiences of dental treatment under general anesthesia. **The New Zealand Dental Journal**, Dunedin, v. 110, n. 2, p. 58-64, 2014.

MIRANDA, A. F.; LIA, E. N.; MONTENEGRO, F. L. B. Intervenção odontológica sob sedação medicamentosa em paciente idosa portadora de doença de Alzheimer - relato de caso. **Geriatrics & Gerontology**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 146-9, 2009.

MIRANDA, A. F.; MONTENEGRO, F. L. B. O cirurgião-dentista como parte integrante da equipe multidisciplinar direcionada à população idosa dependente no ambiente domiciliar. **Revista Paulista de Odontologia**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 15-9, 2009.

_____. Ação odontológica preventiva em paciente idoso dependente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): relato de caso. **Revista Paulista de Odontologia**, São Paulo, v. 32, n.1, p. 34-8, 2010.

MIRANDA, A. F. et al. Doença de Alzheimer: características e orientações em Odontologia. **Revista Gaúcha de Odontologia - RGO**, Campinas, v. 58, n. 1, p. 103-7, 2010.

MIRANDA, A. F. et al. Atenção em Saúde Bucal aos Pacientes do Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília: uma visão especial da odontologia no contexto multidisciplinar: avaliação do Projeto de Extensão (republicação). **Revista Meta: Avaliação**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p. 68-77, 2012.

MIRANDA, A. F. Oral Health and Care at Intensive Care Units. **Journal of Nursing & Care**, Henderson, v. 5, p. 1-6, 2016.

MIRANDA, A. F. et al. Doença de Alzheimer e sedação medicamentosa no atendimento ambulatorial - relato de caso. **Revista Odontológica do Planalto Central**, Gama, v. 7, n. 1, p. 11-6, 2017.

MIRANDA, A. F. The Dental Surgeons in the Hospital and their Professional Areas in Brazil: hospitalization units, surgical centers and intensive care units. **Journal of Community Medicine & Health Education**, Henderson, v. 7, n. 1, p. 1-7, 2017.

MISTSEA, A.G. et al. Oral health in Greek children and teenagers with disabilities. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, Birmingham, v. 26, n 1, p. 111-8, 2001.

MONTENEGRO, F. L. B.; MARCHINI, L. **Odontogeriatría: uma visão gerontológica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MORALES, R. C. **Terapia da Regulação Orofacial: conceito RCM**. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 2002.

MOVIMENTO DOWN. [Internet]. Disponível em: <<http://www.movimentodown.org.br/sindrome-de-down>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

MOORE, P. A. et al. Type 1 diabetes mellitus, xerostomia, and salivary flow rates. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics**, Saint Louis, v. 92, n. 3, p. 281-91, 2001.

MORISHITA, S. et al. Factors associated with older adults' need for oral hygiene management by dental professionals. **Geriatrics and gerontology international**, Tokio, v. 16, n. 8, p. 956-62, 2016.

MOSLEMI, M. et al. A study on the eruption timing of permanent dentition in patients with cerebral palsy. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 33, n. 6, p. 275-9, 2013.

NATHAN, E. J. Behavioral management strategies for young pediatric dental patients with disabilities. **ASDC Journal of Dentistry for Child**, Chicago, v. 68, n. 2, p. 89-101, 2001.

NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH (NIDCR). Practical Oral Care for People with Developmental Disabilities. **NIH Publication n. 09-5196** Reprinted July 2009. Disponível em: <<https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-09/practical-oral-care-development-disabilities.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL AND STROKE. **Cerebral Palsy: hope through research**. Bethesda: NIH Publication, 2006.

NEEDLEMAN, I. G. et al. Randomized controlled trial of toothbrushing to reduce ventilator-associated pneumonia pathogens and dental plaque in a critical care unit. **Journal of clinical periodontology**, Copenhagen, v. 38, n. 3, p. 246-52, 2011.

- NICOLAS, E. et al. Validation of video versus electromyography for chewing evaluation of the elderly wearing a complete denture. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v. 34, n. 8, p.566–71, 2007.
- NQCOBO, C. B. et al. Dental caries prevalence in children attending special needs schools in Johannesburg, Gauteng Province, South Africa. **Journal of the South African Dental Association - SADJ**, Houghton, v. 67, n. 7, p. 308-13, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre a deficiência. Lexicus Serviços Lingüísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012.
- ORTEGA, A. O. et al. Association between anticonvulsant drugs and teeth-grinding in children and adolescents with cerebral palsy. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v. 41, n. 9, p. 653-8, 2014.
- PALISANO, R. J. et. al. Gross motor function classification system for cerebral palsy. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v.39, [S.l.], p. 214-23, 1997.
- PALISANO, R. J. et al. Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. **Developmental Medicine and Child Neurology**, Londres, v. 50, n. 10, p. 744-50, 2008.
- PATO, T. R., et al. Epidemiologia da paralisia cerebral. **Revista Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 71-6, 2002.
- PIOVESANA, A. M. S. G. Paralisia cerebral: contribuição do estudo por imagem. In: SOUZA, A. M. C.; FERRARETO, I. **Paralisia cerebral: aspectos práticos**. São Paulo: Menon, 1998. p. 8-32.
- PIOVESANA, A. M. S. G. et al. Encefalopatia crônica, paralisia cerebral. In: FONSECA, L. F.; PIANETTI, G.; XAVIER, C. C. **Compêndio de neurologia infantil**. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. p. 826-37.
- PRADEEP, A. R. et al. Clinical evaluation of the periodontal health condition and oral health awareness in Parkinson's disease patients. **Gerodontology**, Oxford, v. 32, n. 2, p. 100-6, 2015.
- PRINGSHEIM, T. et al. The prevalence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. **Movement Disorders Journal**, Nova York, v. 29, n. 13, p. 1583-90, 2014.
- RAJIC, Z.; MESTROVIC, S. R. Taurodontism in Down's syndrome. **Collegium antropologicum**, Zagreb, n. 22, p. 63-7, 1998.
- REES, T. D. Periodontal management of the patient with diabetes mellitus. **Periodontology 2000**, Copenhagen, v. 23, p. 63-72, 2000.
- REULAND-BOSMA, W.; VAN DIJK, J. Periodontal disease in Down's syndrome: a review. **Journal of Clinical Periodontology**, Malden, v. 13, n. 1, p. 64-73, 1986.

ROCHA, A. C.; SHINOHARA, E. H. Odontologia em Centro Cirúrgico. In: SANTOS, P. S. S.; SOARES JR, L. A.V. **Medicina Bucal: a prática na odontologia hospitalar**. São Paulo: Santos, 2012. p. 85-94.

ROCHA, D. A.; MIRANDA, A. F. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 181-9, 2013.

RODRIGUES DOS SANTOS, M. T. et al. Oral conditions in children with cerebral palsy. **Journal of Dentistry for Children (Chicago, Ill)**, Chicago, v. 70, n. 1, p. 40-6, 2003.

RODRIGUES DOS SANTOS, M. T.; SIQUEIRA, W. L.; NICOLAU, J. Amylase and peroxidase activities and sialic acid concentration in saliva of adolescents with cerebral palsy. **Quintessence International**, Berlin, v. 38, n. 6, p. 467-72, 2007.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, (supl), p. S61-S70, 2004.

ROMER, M. Consent, restraint, and people with special needs: a review. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 29, n. 1, p. 58-66, 2009.

ROSENBAUM, P. et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. **Developmental Medicine and Child Neurology Supplement**, Oxford, v. 109, p. 8-14, 2007.

ROTTA, N. T. Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 78, (Supl.1), p. S48-S54, 2002.

ROZAS, N. S. et al. Incorporating oral health into interprofessional care teams for patients with Parkinson's disease. **Parkinsonism and Related Disorders**, v. 43, p. 9-14, 2017.

RUSSMAN, B. S. Cerebral Palsy. **Current treatment options in Neurology**, v. 2, n. 2, p 97-107, 2000.

SABBAGH-HADDAD, A. S. et al. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda, 2007. 723p.

SABBAGH-HADDAD, A. S.; GUARÉ, R. O. Deficiência Mental. In: SABBAGH-HADDAD, A. S. et al. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda., 2007. p. 145-61.

SABBAGH-HADDAD, A.; MARETTI, M. B. C. Anestesia geral no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. In: SABBAGH-HADDAD, A. et al. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda., 2007. p. 501-14.

SACHDEV, M. et al. Changes in dental plaque following hospitalisation in a critical care unit: an observational study. **Critical Care**, Londres, v. 17, n. 5, R189, 2013.

SANTOS, M. T.; MASIERO, D.; SIMIONATO, M. R. Risk factors for dental caries in children with cerebral palsy. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 22, n. 3, p. 103-7, 2002.

SANTOS, M. T.; NOGUEIRA, M. L. Infantile reflexes and their effects on dental caries and oral hygiene in cerebral palsy individuals. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v. 32, n. 12, p. 880-5, 2005.

SANTOS, M. T.; SIQUEIRA, W. L.; NICOLAU, J. Flow rate, pH and buffer capacity in saliva of adolescents with cerebral palsy. **Journal of Disability Oral Health**, Londres, v. 7, n. 3, p. 185-8, 2006.

SANTOS, M. T.; MANZANO, F. C. Assistive stabilization based on the neurodevelopmental treatment approach for dental care in individuals with cerebral palsy. **Quintessence International**, Berlim, v. 38, n. 8, p. 681-7, 2007.

SANTOS, M. T. et al. Caries experience in individuals with cerebral palsy in relation to oromotor dysfunction and dietary consistency. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 29, n. 5, p. 198-203, 2009.

SANTOS, M. T. et al. Effect of spastic cerebral palsy on jaw-closing muscles during clenching. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 30, n. 4, p. 163-7, 2010a.

SANTOS M.T. et al. Caries prevalence in patients with cerebral palsy and the burden of caring for them. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 30, n. 5, p. 206-10, 2010b.

SANTOS, M. T. et al. Salivary osmolality in individuals with cerebral palsy. **Archives of Oral Biology**, v. 55, n. 11, p. 855-60, 2010c.

SANTOS, M. T. et al. Salivary parameters in Brazilian individuals with cerebral palsy who drool. **Child Care Health and Development**, v. 37, n. 3, p. 404-9, 2011.

SANTOS, M. T.; OLIVEIRA L. M. Use of cryotherapy to enhance mouth opening in patients with cerebral palsy. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 24, n.4, p. 232-4, 2014.

SÃO PAULO. Defensoria Pública. **Cartilha Direitos das pessoas com autismo**. São Paulo: Núcleos Especializados da Infância e Juventude, de Combate à Discriminação, Racismo e Preconceito e do Idoso e da Pessoa com Deficiência da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2011.

SAVIOLI, C.; CAMPOS, V. F.; SANTOS, M. T. B. R. Prevalência de cárie em pacientes autistas. **ROPE: Revista Internacional de Odonto-psicologia e Odontologia para Pacientes Especiais**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 80-4, 2005.

SCHWARTZMAN, J. S. **Autismo infantil**. São Paulo: Memnon, 2003.

SEBASTIANI, F. R.; DYM, H.; WOLF, J. Oral Sedation in the Dental Office. **Dental clinics of North America**, Filadélfia, v. 60, n. 2, p. 295-307, 2016.

- SHADLEN, M. F. et al. Evaluation of cognitive impairment and dementia. **UpToDate** [Internet]. Post TW, ed. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-cognitive-impairment-and-dementia>>. Acesso em: 15 ago. 2018.
- SIQUEIRA, W. L. et al. The influence of valproic acid on salivary pH in children with cerebral palsy. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 27, n. 2, p. 64-6, 2007.
- SILVA, M. C. S. A., et al. Exames complementares na avaliação pré-anestésica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 303-09, 1990.
- SILVA, F. B.; SOUZA, S. M. G. Síndrome de Down: aspectos de interesse para o cirurgião dentista. **Sallusvita**, Bauru, v. 20, n. 2, p. 89-110, 2001.
- SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A. Síndrome de Down: etiologia, caracterização e impacto na família. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 167-76, 2002.
- SILVA, L. E. L. et al. Atuação odontológica em UTI: a importância da Periodontia na qualidade de saúde do paciente crítico. **Perionews**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 791-6, 2016.
- STEVENSON, R. D.; ROBERTS, C. D.; VOGTLE, L. The effects of non-nutritional factors on growth in cerebral palsy. **Developmental Medicine and Child Neurology**, Londres, v. 37, n. 2, p. 124-30, 1995.
- SUBRAMANIAM, P.; MOHAN, L.; BABU, K. L. Assessment of salivary total antioxidant levels and oral health status in children with cerebral palsy. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**. Birmingham, v. 38, n. 3, p. 235-9, 2014.
- SURJUS, L. T. L. S.; CAMPOS, R. T. O. Interface entre Deficiência Intelectual e Saúde Mental: revisão hermenêutica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 532-40, 2014.
- TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-86, 2009.
- TEIVE, H.; ZONTA, M.; KUMAGAI, Y. Tratamento da espasticidade: uma atualização. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 852-8, 1998.
- VERNILLO, A. T. Dental considerations for the treatment of patients with diabetes mellitus. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 134, número especial, p. 245-33S, 2003.
- VOGT, T.; URBAN, P. P. Optimized therapy of spastic syndrome by combination intrathecal baclofen with botulinum toxin. **Nervenarzt**, Berlin, v. 71, n. 12, p. 1007-11, 2000.
- WANG, Y.C. et al. Dental anesthesia for patients with special needs. **Acta Anaesthesiologica Taiwanica**, Taiwan, v. 50, n. 3, p. 122-5, 2012.

WILSON, W. et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. **Circulation**. Nova York, v. 116, n. 15, p. 1736–54, 2007.

WILSON, M. H. et al. Diabetes mellitus and its relevance to the practice of dentistry. **Journal of the Irish Dental Association**, Dublin, v. 56, n. 3, p. 128-33, 2010.

WINTER, K.; BACCAGLINI, L.; TOMAR, S. A review of malocclusion among individuals with mental and physical disabilities. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 28, no. 1, p. 19-25, 2008.

ZHOU, N. et al. Oral health status of children and adolescents with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. **Developmental Medicine and Child Neurology**, Londres, v. 59, n. 10, p. 1019-26, 2017.

ZINK, A. G. **Uso do Sistema por Intercâmbio de Figuras (PECS) para o tratamento odontológico de indivíduos com autismo**. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade Cruzeiro do Sul, 2012.

ZINK, A. G. **Uso do PECS para odontologia e TEA**. São Paulo: Agbooks, 2013.

ZINK, A. G. et al. Use of a picture exchange communication system for preventive procedures in individuals with autism spectrum disorder: pilot study. **Special Care in Dentistry**, Chicago, v. 36, n. 5, p. 254-9, 2016.

ZINK, A. G. et al. Communication application for use during the first dental visit for children and adolescents with autism spectrum disorders. **Pediatric Dentistry**, v. 40, n. 1, p. 18-22, 2018.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

