

CRISTIANO DE FREITAS MONTEIRO



1290005224

TCE/UNICAMP
M764p
FOP

**PACIENTE PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS: UMA
ABORDAGEM BÁSICA PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO**

**Monografia apresentada à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba, da
Universidade Estadual de Campinas,
como requisito para obtenção do título
de Especialista em Odontologia em
Saúde Coletiva**

030

**PIRACICABA
2002**

CRISTIANO DE FREITAS MONTEIRO

**PACIENTE PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS: UMA
ABORDAGEM BÁSICA PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO**

**Monografia apresentada à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba, da
Universidade Estadual de Campinas,
como requisito para obtenção do título
de Especialista em Odontologia em
Saúde Coletiva**

**Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos
Pereira**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA**

**PIRACICABA
2002**

N.º Classif.
N.º autor
v.
Tombo

Unidade - FOP/UNICAMP

TCE/UNICAMP

M.º. Ed.

Vol. Ex.

Tombo 5224

C ☐ D ☒

Proc. 16P-13412010

Proço R\$ 11,00

Data 15/12/10

Registro 777643

Ficha Catalográfica

M764p

Monteiro, Cristiano de Freitas.

Paciente portador de necessidades especiais : uma abordagem básica para o atendimento odontológico. / Cristiano de Freitas Monteiro. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2002.

47f.

Orientador : Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira.

Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Boca – Doenças. 2. Saúde coletiva. 3. Conduta. 4. Classificação. I. Pereira, Antonio Carlos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8-6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

Dedico este trabalho ao meu querido pai e amigo Irineu, pelo carinho, incentivo e esforço que sempre me deu nas horas difíceis.

Dedico também à minha mãe Vivina e à minha irmã Maria Flávia.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	05
RESUMO	06
ABSTRACT	07
1 INTRODUÇÃO	08
2 REVISÃO DE LITERATURA	09
2.1 HISTÓRIA DA TERMINOLOGIA	09
2.2 CLASSIFICAÇÃO	15
2.3 DISCUSSÃO	43
3 CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

LISTA DE ABREVIATURAS

SNC	Sistema nervoso central
ATM	Articulação Temporomandibular
PC	Paralisia Cerebral
SD	Síndrome de Down
PMD	Psicose maníaco-depressivo

RESUMO

O paciente portador de necessidades especiais é todo o indivíduo que apresenta determinados desvios dos padrões da normalidade, identificáveis ou não, e que por isso, necessitam de abordagens especiais por um período de sua vida ou indefinitivamente. São classificados de acordo com os comprometimentos e/ou áreas comprometidas pela patologia presente. É portanto, de suma importância para o profissional conhecer essas patologias para o sucesso do tratamento.

ABSTRACT

The Handicapped patient its all those that shows kinds of deflections, not normaly seen, identifiable or not, and therefore needs been taked care for life time or just a period of it. They are classified in conformity whith the present disease of the afected area. So, its important to a health professional knows about those disease for the succes of the treatment.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como finalidade abordar em seu conteúdo, a longa e difícil caminhada dos profissionais de saúde ou não ao longo do tempo, desde os primórdios da era Cristã, frente à aceitação, conceituação, entendimento, convivência e enfim, o próprio tratamento dos Pacientes Portadores de Necessidades especiais, que em outrora, foram rotulados como o “mal” da sociedade e como “seres anti-sociais”.

Procura também mostrar distintamente os diferentes grupos em que são classificados de acordo com o comprometimento ou áreas comprometidas pelas diversas patologias, sem entretanto aprofundar-se na abordagem e principalmente nas formas de tratamento, devido a complexidade e variedade existente entre os diversos grupos desses pacientes.

Busca portanto, proporcionar aos profissionais da odontologia, de forma clara e sucinta, noções básicas para o atendimento aos pacientes portadores de necessidades especiais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 História da Terminologia

Os chamados deficientes mentais, doentes mentais, portadores de distúrbios cerebrais diversos, epiléticos e muitos outros anormais, foram considerados indivíduos possuídos pelo demônio bem antes da era cristã (FORNIOL FILHO, 1998).

As primeiras notícias históricas de que se tem conhecimento remontam ao papiro terapêutico de Tebas (1552 A.C.) e ao Código de Hamurabi (2100 A.C.). Existem notas de Aristóteles e Herófilo sobre as possíveis relações da deficiência mental com alterações da estrutura cerebral. Em Esparta, o homicídio de deficientes físicos era legalizado. Os Gregos os denominavam “idiotae” e os romanos por sua vez “imbecile” (KRYNSKI, 1969).

Segundo KRYNSKI, (1969), a primeira descrição “científica” data do século XVII quando Paracelso os descreveu em sua “Ópera Omnia”. Ressalta-se também a “descoberta” por toda Europa dos então chamados “meninos-animais” onde Linneu, em 1707, chegou a fazer uma classificação dos que denominou “tetrapus, mutus e hirsutus”.

Na época da Inquisição, eram chamados de “demônios” e eram perseguidos até a morte afim de não molestarem as pessoas. As fogueiras incineravam esses corpos, enquanto outros “possuídos eram submetidos a

experimentações médicas, afim de provar que os demônios se libertavam quando o crânio sofria perfurações. A Europa foi então o palco dessa estupidez e surgiram então os termos “Idiotics, Cretin, Retardet, Delay” e outros.

Em 1866, Langdon Down descreve, pela primeira vez, diante da Real Academia de Londres, a “Idiotia Mongolóide” e o Mental Health Act define, na Grã-Bretanha, os primeiros direitos dos deficientes.

Ao mesmo tempo foram criadas instituições especializadas. Segundo Kanner, vale salientar: Guggenbuhl na Suíça em 1838; Graz, Gugenmus, Bicetre onde trabalharam Pinel, Ferrus e Voisin (que a denominou de escola ortofrênica); e Salpêtrière na França, que Falret em 1831 chama de “l’habitation la plus funeste”; Na Alemanha, Saerget – Hubertsburg, 1864; na Inglaterra, Guggenbuhl, 1843; na Holanda, von Koetsoelt, 1855; na Dinamarca, Bakkchus, 1855; na Suécia, Emanuela Calberck, em 1863; na Bélgica, Heinalt, 1892, Na Itália, Cioni, 1889 e Chiavari, onde trabalha Sanctis; no Canadá, Ontário, 1876; na Rússia há informações de 100 leitos em 1859; no Japão, Nagoya, em 1840

A primeira revista publicada sobre Deficiência Mental de que se tem notícia é o “Beobachten uber den Cretinismus” editada por Rosch, em Tubingen, a partir de 1850. Em 1861, Schoter e Reichel publicam o “Zeitschrift fur das Idiotewsen”. Quanto à livros, Emminghaus, Belhomme, Moreau de Tours, Ireland são os precursores entre outros.

No Brasil o grande precursor foi Abade Pereira, nascido em Berlanga , na Estremadura, em 1715, e falecido em 1780. Batizado com o nome de Francisco Antônio Rodrigues, dedicou-se à educação dos surdos-mudos. Em 1747, apresentou seu método à Academia de Ciências de Paris, recebendo do Rei Luiz XV, 800 francos para prosseguir na pesquisa. Segundo Rosseau, Pereira era a “ única pessoa de seu tempo que poderia fazer os mudos falarem”. Seguin escreveu sua biografia em 1847 (KRYNSKI,1969).

Por outro lado, o nosso Império foi caracterizado por uma sociedade rural, sem escolas, com trabalhadores braçais e escravos e com a presença de franceses, holandeses, espanhóis e portugueses, os termos “Idiota, Cretino, Retardado e Débil Mental”, foram introduzidos no Brasil. A Academia de Medicina trazida para o Brasil por D. João VI transformou-se em Faculdade de Medicina, uma no Rio de Janeiro e outra na Bahia, respectivamente nos anos de 1815 e 1832. Foi introduzida então a psiquiatria na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1884, dando então repercussão positiva na educação do “anormal”, aplicado no Serviço de Higiene e Saúde Pública. A partir daí percebeu-se a importância do entrosamento entre a Medicina e a Pedagogia, relação esta já existente na Europa e EUA (FORNIOL FILHO, 1998).

Em 1900, surge a primeira monografia nacional sobre o “Tratamento dos Idiotas” apresentada por Carlos Eiras ao 4º Congresso de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Três anos depois, Juliano Moreira e Fernandes Figueira inauguram o Pavilhão Bourneville, núcleo inicial do futuro Hospital de Neuropsiquiatria Infantil de Engenho de Dentro, RJ, inaugurado somente em 1942 (KRYNSKI, 1969).

Basílio da Cunha empregou o termo “mentecaptos” aos anormais da inteligência com problemas patológicos, assim como muitos médicos chamavam de encefalopatas (FORNIOL FILHO, 1998).

Magalhães, em 1913, escreveu “Tratamento e Educação das Crianças Anormais da Inteligência” (KRYNSKI, 1969).

HELENA ANTIPOFF, educadora e psicóloga, em 1932, funda a Sociedade Pestalozzi que tinha como meta desenvolver ao máximo a potencialidade das crianças por menores que fossem através da educação. Foram os primeiros movimentos tentando incentivar os pais em prol do retardo mental.

SOUZA PINTO, em 1932, menciona que para se evitar a criminalidade, uma vez que a criminologia moderna só encontrava no delito um produto mórbido de seu agente, a educação deles, física, moral e intelectual, é o melhor sistema de prevenção contra futuros atos delituosos de crianças anormais (FORNIOL FILHO, 1998).

ANTIPOFF, em 1937, emprega pela primeira vez a palavra excepcional para se dirigir aos seus pacientes, abolindo os termos anormal, idiota, imbecil, retardado, eliminando assim as pejorativas e idéias existentes sobre os “demônios”.

Em 1954, graças em parte à presença, no Rio de Janeiro de um casal de americanos que militava na National Association for Retarded Children dos EUA, constituiu-se um grupo de pais grandemente interessados e fundou-se a primeira

APAE do Brasil. Foi esta a primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE da Guanabara), “célula-máter” de todas as outras que se espalharam pelo Brasil: (Volta Redonda – 1956; São Lourenço, Goiânia, Niterói, Jundiaí, João Pessoa e Caxias do Sul – 1957. Em 1959, fundou-se a APAE DE Natal, e em 1960 a de Muriaé, MG. Em 1961 fundou-se a APAE de São Paulo, que um ano e meio depois, promoveria uma reunião nacional das APAEs, com 13 associações presentes. Em maio de 1963, realizou-se no Rio de Janeiro, com a presença de 19 associações, o 1º Congresso Nacional, no qual se fundou a Federação Nacional das APAEs (KRYNSKI, 1969).

O primeiro conceito para excepcional foi dado por Gruspun como sendo todo o indivíduo que se desvia física, social e emocionalmente daquilo que se usa considerar padrão de normalidade e que por isso não pode receber educação regular padronizada, necessitando de educação suplementar e cuidados especiais pelo resto da vida (MUGAYAR, 2000).

O termo excepcional, apesar de polêmico, foi usado por muito tempo e já na década de 50, nos EUA , era usado o termo Handicapped que na verdade era oriunda da junção Hand in Cap (mão no boné) muito empregado em jogatinas de cavalo no séc XVII. Na época não se tinha uma tradução do termo para português.

As Instituições, Organização Mundial de Saúde, United Kingdon e o Comitê da Saúde da Criança, com seus conceitos reunidos, emitiram um único conceito. FRANKS & WINTER (1974), HUNTER (1987), MAGNUSSON (1976), HOBSON (1980) concordaram em designar de handicapped todo o indivíduo com as

características apresentadas pelas três organizações citadas, que esteja submetida à educação especial (FORNIOL FILHO, 1998).

Na Odontologia, ainda em 1950, nos EUA, HOWARD HUSK lançou um livro no qual introduzia os pacientes geriátricos com pacientes portadores de necessidades especiais sob o título de *Dentistry for the Especial Patient*, abrindo um novo conceito dentro da Odontologia: A Odontologia para o Paciente Especial substituindo então o termo Excepcional por Especial onde conceituava o Paciente Especial como “todo o indivíduo que se desvia física, social e emocionalmente dos padrões da normalidade e que por isso, necessita de cuidados especiais por uma parte de sua vida ou por toda ela”.

Recentemente foi denominado Paciente Portador de Necessidades Especiais que tem como definição todo o indivíduo que apresenta determinados desvios dos padrões da normalidade, identificáveis ou não, e que, por isso, necessita de atenção e abordagem especiais por um período de sua vida ou indefinitivamente (MUGAYAR, 2000).

O termo excepcional não é sinônimo de Paciente Especial porque nem todas as pessoas que atendemos requerem educação especial para o resto da vida (FORNIOL FILHO, 1998).

Paciente Especial é todo indivíduo que necessita de cuidados especiais por tempo indeterminado ou por parte de sua vida, e seu tratamento odontológico depende de eliminar ou controlar as dificuldades existentes em função de uma

limitação, seja na área emocional, intelectual ou emocional. O grau desta limitação é muito variável, desde o medo subjetivo até uma condição altamente incapacitante como a deficiência mental profunda (GUEDES-PINTO, 1997).

Segundo COHEN, em 1961, nestes pacientes deve sempre ser visto em primeiro lugar o ser humano, o indivíduo e depois seus impedimentos. São crianças que devem ser consideradas como pacientes com problemas bucais e dentais que possuem impedimento ou enfermidade complementar .

Recentemente, durante a realização da 2ª ANEO – Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas, realizada em Manaus, de 06 a 09 de setembro de 2001, foi regulamentada pelo CFO, a criação de cinco novas especialidades, entre elas a Odontologia para Pacientes Portadores de Necessidades Especiais.

2.2. Classificação.

Segundo a *IADH*, International Association of Dentistry for the Handicapped, a classificação do Paciente Portador de Necessidades Especiais nos é dada segundo os comprometimentos e/ou áreas comprometidas pela patologia, presentes naquele indivíduo (MUGAYAR, 2000).

Desta forma teremos dez diferentes grupos:

2.2.1 Desvios da Inteligência

Todo desvio pode ser representado por uma variável para mais ou para menos, do que se convencionou ser um padrão de normalidade; portanto, um

indivíduo apresenta um desvio de inteligência quando houver um achado acima ou abaixo dos coeficientes considerados normais; portanto teremos diversas classificações : superdotado, normal, limítrofe, infradotado ou deficiente mental.

Segundo a *American Psychiatric Association*, a deficiência mental é uma função intelectual geral subnormal, que se origina durante o período de desenvolvimento e está associada à perda ou retardo de aprendizado e ajuste social ou maturação ou ambos. Podem ser classificados de acordo com o grau de deficiência: limítrofe, leve, moderado, severo ou profundo, calculado através da equação de Bobath que mede o coeficiente de inteligência do indivíduo (QI). Segundo a OMS, 85% das deficiências mentais apresentam-se em grau leve (MUGAYAR, 2000).

Segundo KRYNSKI, em 1969, “a deficiência mental não constitui como uma moléstia única, mas sim um complexo conjunto de sintomas das mais variadas etiologias e quadros clínicos diferentes, cujo denominador comum é a insuficiência intelectual” e, as causas dos diversos graus de Deficiência Mental podem estar vinculadas a etiologias diversas:

1. Pré-Natais

1.1 Causas genéticas:

- a) Cromossomopatias: (Trissomia do 21 e outras);
- b) Mecanismos desconhecidos: Ectodermoses congênitas (Neurofibromatose, Esclerose tuberosa, Angiomatose encéfalo trigeminada);

- c) Erros inatos do metabolismo: mucopolissacarídeos, aminoácidos- Fenilcetonúria, carboidratos, lipídeos, cálcio e outras
- d) Malformações do crânio: microencefalia, hidrocefalia congênita e outras.

1.2 Causas ambientais:

- a) Infecção materna: sífilis, rubéola, toxoplasmose, citomegalovirus e outras;
- b) Radiação;
- c) Má nutrição;
- d) Uso de drogas.

2. Perinatais

- a) Asfixia;
- b) Trauma de parto: anoxia ou hipoxia;
- c) Prematuridade;
- d) Hiperbilirrubinemia: imaturidade hepática.

3. Pós-natais

- a) Infecções do S.N.C.: Meningecefalites (bactérias, vírus, parasitas-cisticercose, fungos);
- b) Moléstias desmielinizantes;
- c) Traumas cranianos;
- d) Desnutrição;
- e) Intoxicações exógenas: Pb, CO e outras;
- f) Radiações;
- g) Convulsões: espasmos de infância, Síndrome de Lennox e outras).

Segundo Fornioli, em 1998, alguns aspectos relevantes podem ser observados com frequência em relação à saúde bucal dos pacientes com Deficiência Mental:

- a) Alterações na cronologia de erupções sendo a erupção retardada mais frequente do que a precoce;
- b) Índice de cárie e doença periodontal elevados devido ao: tipo de alimentação, hipocalcificação, higienização deficiente e conseqüentemente elevado índice de placa bacteriana e tártaro, medicação, abrasão-atricção, estresse, diminuição do fluxo salivar, respiração interferência sistêmico-metabólica;
- c) Bruxismo;
- d) Disfunção de ATM;
- e) Má oclusão;
- f) Halitose;
- g) Deglutição atípica;
- h) Macroglossia;
- i) Hiperplasia gengival: devido a terapia anticonvulsivos (hidantoínatos);
- j) Hábitos bucais deletérios: sucção, roer unhas, babar, etc.

2.2.2 Defeitos Físicos

Segundo MUGAYAR, em 2000, entende-se por Deficiência Física todo e qualquer comprometimento da capacidade motora ou atividade motriz ou motricidade de uma pessoa. São classificadas conforme afetem o Sistema Nervoso Central (SNC), o Sistema Musculoesquelético ou o Sistema Neuromuscular.

Quando o Sistema Nervoso Central está afetado, teremos:

a) Paralisia Cerebral (Atetóide, Atáxica e Espática)

Segundo GUEDES-PINTO, em 1997, o paciente com PC, é com frequência acometido de várias incapacidades, podendo apresentar lesões que afetam o controle do corpo (convulsões, falta de equilíbrio, movimentos excessivos, rigidez e outros); uso e coordenação de braços, mãos, dedos, pernas e pés e dependendo da severidade, os pacientes permanecem em cadeiras de roda; capacidade de mastigação, deglutição e fala; aparência física (postura e equilíbrio); percepção sensorial, capacidade intelectual; controle emocional e conduta.

Nos pacientes com Paralisia Cerebral, em função da lesão no SNC, há um distúrbio no crescimento e desenvolvimento das estruturas crâniofaciais. Eles não seguem etapas normais de desenvolvimento neuropsicomotor, com conseqüente desequilíbrio morfofuncional das estruturas crâniofaciais. Podem ser observadas alterações nos padrões ósseo, muscular e dentário (NERY & LAURENTI, 1995).

Segundo SANZ & PERNIA, em 1994, há um predomínio do tipo dolicofacial, com maior prevalência do perfil reto seguido do convexo com alta incidência de maloclusão Classe II, mordida cruzada posterior e mordida aberta anterior. A respiração bucal e a deglutição atípica são muito freqüentes devido às alterações no tônus dos músculos faciais e da língua.

Segundo GRUNSVEN & CARDOSO, em 1986, nos pacientes com PC, são encontrados frequentemente reflexo de sufocamento, aumento de sensibilidade perioral, aumento de secreção da parótida e distúrbios na ATM.

Existe grande incidência de cárie dentária decorrente da maloclusão, dieta alimentar líquida e pastosa, medicamentos (alguns contendo xarope), higiene dental precária devido a problemas motores, movimentos de auto limpeza deficientes e hipoplasia de esmalte (MARCICANO, 1994; NOWAC, 1976).

A incidência de doenças periodontais é grande devido ao uso de anticonvulsivos, higiene precária, maloclusão e apresentam com frequência fibromatose gengival dilantínica (TOMMASI, 1982).

Quando o SNC está afetado temos ainda:

- b) Acidente Vascular Cerebral;
- c) Doença de Parkson ou Mal de Parkson

Quando do comprometimento do Sistema Nervoso Periférico teremos a Paralisia Infantil. Quando houver comprometimento do Sistema Neuromuscular teremos:

- a) Distrofia Muscular Progressiva;
- b) Miastenia Grave.

O Sistema Musculoesquelético afetado nos traz:

- a) Artrite;
- b) Escoliose.

As Malformações congênitas são representadas por:

- a) **Osteogênese Imperfeita:** possível ocorrência de dentinogênese imperfeita

Associada à Osteogênese Imperfeita tem-se a Dentinogênese Imperfeita, que é um “transtorno” estrutural que ocorre durante a fase de formação dentinária. (MUGAYAR, 2000)

A ocorrência de Dentinogênese Imperfeita em pacientes com osteogênese imperfeita tem sido relatada em torno de 10 a 50%. (LUKINMAA et al, 1987).

O' CONNEL *et al.*, em 1999 avaliaram os problemas bucais que acometem estes pacientes. A dentinogênese imperfeita afeta mais a dentição decídua e a coloração é dada como opalescente, cinza, marron ou amarelada. Radiograficamente, as coroas são bulbosas, com constrição cervical bem marcada; as raízes aparecem pequenas e as câmaras pulpares podem tornar-se obliteradas ao longo do tempo.

LINDAU *et al.*, em 1999 examinaram a morfologia do esmalte e a morfologia da junção dentina-esmalte em pacientes com osteogênese imperfeita usando microscopia de luz polarizada, microrradiografia e microscopia eletrônica e concluíram que a osteogênese imperfeita, uma doença de origem mesodérmica, pode ter manifestações em tecidos de origem ectodérmica, como o esmalte,

provavelmente devido à ocorrência de deficiências na interação ectoderma-mesoderma durante a amelogênese.

b) Mielomeningocele ou Espinha Bífida.

2.2.3. Defeitos Congênitos

São todas as alterações dos padrões de normalidade que ocorram durante as fases de crescimento e desenvolvimento fetal. Elas podem ser ocasionadas por diversos trabalhos:

1. Problemas genéticos: aberrações numéricas, aberrações estruturais ou mutações espontâneas (Síndrome de Down, Turner, Patau, Edwards, Orofaciodigital e várias outras);
2. Problemas ambientais: Infecções, radiações, medicações e outras;
3. Etiologia multifatorial: fissuras labiais e palatais.

A Síndrome de Down, descrita por JOHN LANGDON HAYDON DOWN, em 1866, foi a primeira síndrome de mal formação cromossômica (dose tripla de material do cromossomo 21) descrita no homem e é atualmente a mais prevalente delas (DESAY *et al.*, 1997).

Segundo BEIQUELMAN, em 1974, a prevalência da síndrome no Brasil é de 1:600 indivíduos nascidos vivos.

Não se estabeleceu ainda diferenças na prevalência de vários grupos raciais, embora clinicamente ser mais rara na raça negra e amarela. Cerca de 10%

de indivíduos que vivem em instituições são casos de síndrome de Down. Está também associada à idade materna. As alterações mais freqüentes são: limitação no desenvolvimento físico e mental, cardiopatias (40%), incidência elevada de glóbulos brancos e infecções agudas e crônicas do aparelho respiratório. A incidência de Leucemia é de 10 a 20 vezes maior que na população em geral (GUEDES-PINTO, 1997).

As alterações crânio faciais da síndrome são marcantes e freqüentes. Uma série de manifestações bucais têm sido relatadas nestes pacientes. As mais freqüentes são os distúrbios de desenvolvimento dos dentes, maloclusão e doenças periodontais (SHAPIRA & STABHOLZ, 1996).

A face média do paciente SD é subdesenvolvida, o que gera um relativo prognatismo mandibular. As passagens nasais são desiguais e são parcialmente obstruídas como resultado de desvio septal e alargamento na mucosa que as recobrem. Estas alterações levam à respiração bucal. O palato ogival é encontrado com freqüência. Alguns autores acham que não há macroglossia e sim um subdesenvolvimento da maxila, o que contribui para a abertura de boca e protrusão da língua.

Relatam ainda, a grande incidência de maloclusão do tipo classe III de Angle, devido ao hipodesenvolvimento do terço médio da face. Assim, a falta de altura da maxila faz com que ocorra uma projeção da mandíbula em relação à maxila quando da oclusão (pseudoprogнатismo). A maloclusão portanto, está relacionada

com a respiração bucal, biquismo, agenesias, deglutição atípica, mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e alteração na cronologia de erupção.

Segundo DESAI, em 1997, 35 a 55% dos pacientes SD apresentam alteração nas dentições. As coroas apresentam-se cônicas, encurtadas e menores que o normal. As raízes também apresentam-se encurtadas, embora com formação completa.

COHEN *et al.*, em 1961, afirmam que os caninos são os dentes mais afetados quanto à forma e ao tamanho.

Além de macroglossia, os pacientes SD, apresentam com frequência: língua fissurada, hipertrofia papilar, língua geográfica, úvula bífida com ocorrência de 4%, abertura bucal acentuada com respiração bucal e quelite angular. A musculatura orbicular do lábio, zigomática, massetérica e temporal é hipotônica, produzindo aspecto facial característico. Na dentição decídua, o dente mais comumente ausente é o incisivo lateral; na permanente, são os terceiros molares, segundo pré-molares e incisivos laterais. Observa-se giroversão acentuada e anomalia de posição. A prevalência de cáries é extremamente baixa sendo a doença periodontal de grande incidência. BROWN & CUGNNINGHAN, em 1964, reportaram a doença periodontal em 90% dos pacientes com SD. A alta prevalência podem ainda ser ainda atribuídas à degeneração óssea, alteração oclusal, bruxismo, erro nos mecanismos auto-imunes e higienização precária.

A cardiopatia congênita é a alteração sistêmica mais encontrada nestes pacientes, sendo que o defeito do canal atrioventricular comparece em 43%, a comunicação interventricular em 32%, 10% têm comunicação interatrial tipo fossa oval, 6% com tetralogia de Fallot, 5% com persistência do canal arterial, ficando 4% com outros tipos de malformações menos freqüentes (MARINO & DICARLO, 1997).

Segundo as normas publicadas em 1997 pela American Heart Association, para o tratamento odontológico (cirurgias, exodontias, raspagem subgingival, endodontia, dentística com o uso de matriz e outros procedimentos) em pacientes portadores de determinados tipos de cardiopatias, é indicada profilaxia antibiótica em pacientes de alto risco e risco moderado, que indica 2,0 gramas de Amoxicilina 1 hora antes do procedimento, para adultos. Para crianças a dosagem utilizada é de 50mg/kg via oral. A classificação para as cardiopatias associadas à endocardite serão abordadas em outro tópico.

2.2.4 Desvios Comportamentais

São considerados aqueles indivíduos que apresentam:

- a) Disfunção cerebral mínima;
- b) Medo;
- c) Ansiedade;
- d) Birra;
- e) Timidez;
- f) Agressividade;
- g) Autismo.

Em 1943, LÉO KANNER, descreveu pela primeira vez, o Autismo Infantil sob o nome de “Distúrbios Autísticos de Contato Afetivo”, um quadro que ele caracterizou por “autismo extremo, obsessividade, estereotípias e ecolalia”. Essas crianças apresentavam um alheamento extremo já no início de suas vidas, não respondendo aos estímulos externos e vivendo “fora do mundo”. O Autismo é um distúrbio do desenvolvimento, caracterizado por uma complexa desordem de linguagem, socialização e dificuldades perceptivo-motoras, de etiologia incerta. Não corresponde a uma doença única mas sim a um complexo sindrômico, das mais diversas etiologias, com um repertório comportamental característico, datado invariavelmente da primeira infância (MUGAYAR, 2000).

Não se conhece a etiologia da síndrome do autismo e não existe nenhuma comprovação científica que fatores psicológicos ou psicossociais possam causá-los. A síndrome do autismo parece mais um produto de disfunção do sistema cerebelovestibular mesolímbico. “O córtex mesolímbico pode ter sido afetado por lesões ou disfunções cerebelares ou mesolímbicas, ou ser resultado de uma série de diferentes fatores, com por exemplo: síndrome do X-frágil, rubéola intra uterina, tuberoesclerose e lesões perinatais” (FORNIOL FILHO, 1998).

SHAPIRA *et al.*, em 1989, analisando a saúde bucal de pacientes autistas, chegaram a conclusão que os indivíduos possuem um maior grau de problemas periodontais se comparados com esquizofrênicos, mas, no entanto, possuíam um índice reduzido de cáries, sendo que a necessidade mais urgente destes pacientes era a de orientação de higiene e alimentação, raspagem e cirurgias periodontais.

KLEIN & NOWAC, em 1998, citam que os pacientes autistas possuem índice de cáries e prevalência de doença periodontal maiores que os pacientes normais, fato devido à preferência dos pacientes por uma dieta composta de alimentos macios e doces. Relata também uma incidência do comportamento auto-destrutivo em 4-5% dos indivíduos, acrescentando que alterações na rotina diária podem aumentar este tipo de agressão, que pode variar de arranhões e beliscões até mordidas e batidas na cabeça. Os pacientes podem se auto-mutilar para evitar consultas odontológicas.

2.2.5. Desvios Psíquicos

São considerados desvios psíquicos:

a) Neuroses; fobias e outras

O indivíduo perpassa a linha divisória entre o controle e o descontrole, mas é capaz de retomar o domínio sobre si e a situação, tão logo esta termine.

b) Psicoses: maníaco-depressiva e esquizofrenia.

O indivíduo apresenta como na neurose, uma fobia, mas não retoma o domínio sobre si e se deixa levar pelas fantasias, alucinações que desenvolve. O diagnóstico diferencial entre psicose maníaco-depressiva e a esquizofrenia é bastante difícil pois clinicamente são bastante semelhantes. Alguns autores afirmam que os esquizofrênicos têm menor ou nenhuma condição de convívio social. Resta lembrar que os indivíduos psicóticos são donos de uma capacidade intelectual rara e elevada. Acredita-se que grandes homens da humanidade foram portadores de PMD, tais com Churchill, Abraham Lincon e outros.

2.2.6. Deficiências Sensoriais e de Audiocomunicação

São as alterações que envolvem os sentidos da visão, audição e fala, de forma isolada ou combinada e são classificadas em:

- a) Deficiência visual;
- b) Deficiência auditiva
- c) Distúrbios da fala: Afasia (congenita e adquirida) , retardo de fala, gagueira, rinolalia.

2.2.7. Desvios Sociais

São eles:

- a) Favelados
- b) Toxicômanos

A cocaína promove uma vasoconstrição e esse estreitamento dos vasos da mucosa bucal ou nasal compromete a circulação e nutrição dos tecidos resultando em necrose.

O bruxismo está presente pela alteração do psiquismo, refletindo para as faces incisais e oclusais dos dentes e da ATM. A mordida constante dos lábios e a xerostomia presente predispõe o usuário a desenvolver carcinoma de lábio. Verificam-se, também, tremores de língua e mandíbula, o que atrapalha o profissional. Pode haver desencadeamentos de ataques epiléticos, pois a cocaína anula os efeitos anticonvulsivantes.

LOWENTAL encontrou lesões cariosas atípicas nas faces vestibulares dos dentes, afirmando que elas iniciam sobre a base mais larga e superficial do que as cáries convencionadas na Classe IV.

Outras observações são as abrasões, devido ao bruxismo; presença de coroas fraturadas, provavelmente, pelo desencadeamento da espasticidade. Conforme alguns autores, as queixas odontológicas referem-se as dores galopantes na face, espasmos musculares e dor intensa na ATM (FORNIOL FILHO, 1998).

c) Asilados

d) Alcoólatras

As manifestações bucais mais evidentes são a xerostomia e aumento das glândulas parótidas, sendo essa hipertrofia relacionada com cirrose hepática ou com a deficiência nutritiva. A mucosa oral apresenta algumas leucoplasias provavelmente devidas à queimadura pelo álcool. A candidíase também aparece com frequência. Observa-se radiograficamente, perda óssea vertical e horizontal (FORNIOL FILHO, 1998).

Vale ressaltar que nos pacientes com desvios sociais, a prevalência de cárie e doença periodontal é grande devido a higienização bucal precária, provavelmente associada a depressões, stress e falta de auto estima.

2.2.8. Estados Fisiológicos Especiais

São considerados Estados Fisiológicos Especiais:

a) Gestantes;

A doença periodontal tem papel de destaque entre as patologias bucais em gestantes sendo a gengivite gravídica e o granuloma gravídico as ocorrências mais comuns.

Segundo HUGOSON, em 1970, citado por LINDHE, em 1989, a gengivite gravídica resulta de níveis elevados de progesterona e seus efeitos sobre a microcirculação. LOE & SILNESS, 1963 afirmam que a resposta inflamatória exagerada durante a gravidez poderia ser devida à distúrbios hormonais que alteram o metabolismo tecidual.

A Gengivite Gravídica, varia entre 30% a 100% em gestantes. As alterações gengivais variam do 2º ao 8º mês de gestação, com nítida diminuição no último mês e após o parto. Clinicamente caracteriza-se pela coloração vermelha intensa da gengiva marginal e das papilas interdentárias. Existe tendência ao sangramento e em casos avançados, sintomatologia dolorosa (LINDHE, 1989).

O Granuloma Gravídico também pode estar presente com frequência de 0 a 5%, aparecendo com mais frequência na maxila com predileção pelo lado vestibular da região anterior. Clinicamente apresenta-se com crescimento gengival, na maioria das vezes mole, pediculado, de origem interdentária, de cor vermelha intensa. É de crescimento rápido, embora raramente ultrapasse 2 cm de diâmetro.

Ocorre comumente durante o segundo trimestre, podendo aparecer mais cedo. Sua estrutura é muito semelhante ao Granuloma Piogênico (LINDHE, em 1989).

NARVAI, em 1975, em seus estudos, verificou que as gestantes na faixa etária de 20 a 25 anos de idade alcançaram um índice CPO de 25,88%. Pinto (apud NARVAI) determinou 18,2% para a mesma faixa etária. A relação entre dentes cariados e obturados é de 6,03%. Num estudo feito com 41 gestantes, 20, ou seja, 48,78% tinham doença periodontal evidente; 2 ou 4,88%, tinham ausência de dentes e 10 ou 24,39, perderam todos os seus dentes.

Segundo FORNIOL, em 1981, a gestante preocupa-se muito mais com seu filho, esquecendo da higienização bucal. Observou ainda que um outro fator que contribui para o aumento de cáries por descalcificação é a regurgitação ou vômitos, presenciados durante a gestação, principalmente no primeiro trimestre (FORNIOL FILHO, 1998).

b) Pacientes Geriátricos

A incidência de doenças crônicas em pacientes com mais de 65 anos é grande, portanto o profissional deve ter conhecimento para o sucesso do tratamento. Dentre elas pode-se destacar os problemas cardíacos crônicos, a hipertensão, doenças cérebro-vasculares (mal de Parkson, de Alzheimer e outras). Destacam-se ainda o glaucoma, cataratas, nefropatias, pneumopatias e neoplasias entre outras.

Dentre as alterações bucais mais comuns temos o edentulismo; infecções dentárias; problemas periodontais avançados; maloclusões; desgaste fisiológico dos

dentes; redução da câmara pulpar; mineralização dos canalículos dentinários por calcificação progressiva, com consequente redução da permeabilidade e aumento no limiar de sensibilidade à dor; alterações de paladar devido a diminuição dos botões gustativos, principalmente após os 70 anos; varicosites de dorso da língua e assoalho de boca (MORIGUCHI, 1990).

c) Pacientes Gerintológicos

2.2.9. Distúrbios Endócrino-Metabólicos

a) Hipo ou hiperfunção das glândulas: hipófise; tireóide; paratireóide; córtex supra-renal:

Verifica-se no hipertireoidismo uma concentração elevada de tiroxina livre ou de triiodotironina (T3 e T4). Quase não há manifestações bucais no indivíduo com hipertireoidismo. Observa-se um exagero na salivação desencadeada por estimulação nervosa. Há retenção prolongada dos dentes decíduos e sua queda prematura em pacientes odontopediátricos (FORNIOL FILHO,1998).

Os cuidados em relação ao atendimento referem-se mais à fadiga, adrenalina, antibióticos, sedação e outros medicamentos. A anestesia com adrenalina ou qualquer outro medicamento contendo catecolaminas é proibitivo, devido a hipersensibilidade a esses vasoconstritores. O mínimo de adrenalina pode desencadear fibrilação no paciente. Sendo alto o metabolismo basal do paciente, além de apresentar febre aparente, o consumo anestésico é muito maior e a exigência de oxigênio também. É aconselhável a administração de oxigênoterapia.

Pode-se lançar mão de determinados tranquilizantes leves do tipo benzodiazepínicos (FORNIOL FILHO, 1998).

No hipotireoidismo, a deficiência de iodo leva à insuficiência de tiroxina, geralmente no período fetal ou nos primeiros anos de vida, provocando o "mixema", muito conhecido como cretinismo. Embora sejam comparados aos deficientes mentais moderados, sua inteligência é normal, mas a memória é débil e estão constantemente deprimidos. A criança tem retardo físico, devido a ossificação, dentição retardada com anomalias de posição e anatômica, calcificação imperfeita com aumento do número de cáries. Há protrusão da língua, não significando macroglossia, separação dos dentes anteriores e respiração bucal (FORNIOL FILHO, 1998).

b) Hipofunção do pâncreas: Diabetes mellitus

Em relação à saúde bucal do diabético, pode-se citar algumas alterações de grande relevância como: xerostomia e doença periodontal com grande prevalência; hálito cetônico em paciente não compensado; língua avermelhada e saburrosa e em pacientes descompensados ardor na língua e mucosa bucal; aumento assintomático das parótidas; abscessos periodontais recorrentes; reabsorção alveolar e mobilidade dental; maior tendência ao desenvolvimento de estomatites; alteração na flora bucal; retardo no reparo tecidual e tendência à infecção secundária, aumentando a probabilidade de deiscências de suturas e, no periodonto, retardo no reparo após o tratamento, decorrente da velocidade retardada na maturação de fibroblastos do ligamento periodontal (MUGAYAR, 2000).

Segundo SONIS *et al.*, em 1995, “a doença periodontal é o achado mais comum em pacientes com Diabetes (aproximadamente 75%). Podem também apresentar xerostomia e abscessos recorrentes. A hipoplasia e a hipocalcificação do esmalte podem resultar em grande quantidade de cáries. A flora bucal é freqüentemente alterada pela colonização de *Candida albicans*, estreptococos hemolíticos e estafilococos. Padrões anormais de erupção podem ser observados em crianças”.

A função alterada dos neutrófilos pode ser responsável pela desintegração acelerada dos tecidos periodontais. A atividade quimiotática e fagocitária dos leucócitos polimorfonucleares encontra-se prejudicada (LINDHE, 1989).

Segundo RIGUEIRA, em 1996, “a resistência diminuída aos processos infecciosos faz com que a destruição dos tecidos periodontais nos diabéticos seja mais rápida”.

Segundo ELIAS, em 1995, “a periodontite classifica-se com a 6ª manifestação crônica mais freqüente do Diabetes Mellitus”.

2.2.10 Doenças Sistêmicas Crônicas

a) Hemopatias:

“Qualquer condição anormal do sangue ou tecidos hemopoéticos, de natureza congênita ou adquirida, resulta em doenças sanguíneas denominadas hemopatias”.

A- Anemia por Deficiência (Ferropriva, Perniciosa e outras)

São anemias devido à diminuição de hemácias . Pode produzir alterações bucais dramáticas principalmente na língua sendo a atrofia das papilas linguais muito comuns. As alterações atróficas geralmente começam na ponta da língua e se espalham em sentido distal, envolvendo papilas filiformes e fungiformes. A superfície da língua apresenta aspecto liso e brilhante com possível ardência. A quelite angular é observada com frequência (SONIS *et al.*, 1995).

B- Anemia Hemolítica: (Falciforme, Eritroblastose Fetal, Talessemia)

São anemias devido à destruição de hemáceas e as alterações bucais associadas a essa anemia podem produzir expansão da maxila devido a hiperplasia compensadora dos espaços medulares. Esta expansão pode resultar em maloclusões dramáticas, com formação de severos diastemas. Radiograficamente pode-se observar um alargamento trabecular e aumento dos espaços medulares. A deposição de pigmentos sangüíneos nos tecidos pode produzir descoloração. Os pacientes com eritroblastose fetal podem apresentar pigmentação castanho-esverdeada dos dentes decíduos. Uma discreta coloração amarelada na gengiva pode ser observada em pacientes com anemia hemolítica. Os pacientes com anemia hemolítica devido a um envenenamento por metais pesados, podem apresentar o metais ligado aos glóbulos vermelhos ao longo da margem gengival, formando a "linha de chumbo". Estes pacientes demonstram uma pigmentação negro-azulada ao longo da gengiva marginal e das papilas interdentárias (SONIS *et al.*, 1995).

C- Leucemia:

São doenças caracterizadas por alterações neoplásicas malignas dos elementos formadores do sangue e do organismo. São classificadas, pelo curso clínico, em formas agudas e crônicas, e por critérios histológicos da medula óssea. A etiologia é variada, mas quase todas estão associadas com a modificação no material genético celular (SONIS, et al., 1995).

Segundo LEDA, em 2000, existe um aumento exagerado do número de leucócitos afetando medula óssea, baço, fígado e gânglios linfáticos (enfartamento sempre presente).

Dos pacientes com leucemia aguda, 89% apresentam problemas bucais associados com o início da doença e estas estão associadas à supressão da função da medula óssea. As manifestações bucais mais comuns são: sangramento gengival, linfadenopatia profunda, ulcerações bucais, faringite, doença periodontal avançada, hiperplasia gengival como consequência de infiltração. Todas as formas de leucemia são tratadas com quimioterapia (SONIS *et al.*, 1995).

D- Hemofilia:

É uma coagulopatia por deficiência de determinados fatores de coagulação. É causada por um gene recessivo, localizado no cromossomo X do homem, por isso só o sexo masculino é afetado. As mulheres podem apresentar um pseudo-hemofilia. São classificadas de acordo com a deficiência de fatores de coagulação podendo ser divididas em A, B ou C (FORNIOL FILHO, 1998).

Em relação à Odontologia, os aspectos mais relevantes são em relação à prevenção e ao tratamento. O paciente hemofílico exige uma ótima manutenção de sua saúde bucal, sendo a terapêutica preventiva, a mais indicada, devendo o paciente retornar ao consultório com maior frequência para exames clínicos de rotina. A manutenção da saúde periodontal é primordial. O tratamento de rotina deverá ser executado com grande preocupação para se evitar qualquer tipo de laceração dos tecidos bucais, evitando assim uma hemorragia. Se necessário administrar medicação tranquilizante para diminuir o stress. O uso de dique de borracha é indicado para proteção dos tecidos moles. Quando possível, substituir as exodontias pelo tratamento endodôntico, devendo ser evitada a instrumentação além do ápice. Os tratamentos cirúrgicos e sangrentos devem ser realizados juntos com o hematologista, afim de que sejam administrados os fatores plasmáticos de coagulação. Deve-se realizar anestesia local infiltrativa e o uso de aspirina é contraindicado por interferir na agregação plaquetária (GUEDES-PINTO, 1998).

b) Cardiopatias:

A hipertensão, arterosclerose, angina, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, arritmias (taquicardia e bradicardia) estão entre as cardiopatias mais comuns.

Dentre as manifestações bucais que podem ser encontradas nos cardipatas tem-se: a hipoplasia de esmalte; gengivite hemorrágica; hiperplasia gengival devido ao uso dos bloqueadores de cálcio; respiração bucal, devido à retenção de CO₂; língua saburrosa; dentes brancos e leitosos em crianças; aumento

do número de cáries; erupção retardada; xerostomia ou sialorréia, devido ao uso de medicamentos. (FORNIOL FILHO, 1998).

A endocardite bacteriana é uma infecção grave das válvulas cardíacas ou das superfícies endoteliais do coração. Como a manipulação dentária é a principal causa identificável da bacteremia transitória que pode resultar na endocardite infecciosa, é importante para o dentista, compreender a patogênese da doença, ser capaz de identificar a população de risco e administrar o tratamento profilático apropriado com antibióticos. Embora não haja evidência direta que a profilaxia antibiótica é eficaz na sua prevenção, existe evidência adequada de que ela reduz a incidência de bacteremia (SONIS *et al.*, 1995).

De acordo com a American Heart Association, em 1990, os pacientes cardiopatas que necessitam de profilaxia antibiótica são divididos em pacientes de alto risco, sendo os pacientes com válvulas protéticas antigas ou outras doenças valvulares; história prévia de endocardite; cardiopatia congênita cianótica (tetralogia de Fallot); Shunts ou condutos pulmonares cirurgicamente construídos. Os pacientes de risco moderado também necessitam de profilaxia antibiótica. São eles os que possuem disfunção valvular adquirida, cardiomiopatia hipertrófica, prolapso de válvula mitral com regurgitação valvular e a maioria das malformações congênitas. Os pacientes com risco mínimo e que a profilaxia antibiótica não é recomendada são os que possuem defeito isolado do septo atrial; reparo cirúrgico do septo atrial, do septo interventricular (sem resíduos após seis meses); cirurgia anterior de enxerto de desvio da artéria coronária; prolapso de válvula mitral sem regurgitação; sopros cardíacos fisiológicos, funcionais ou inocentes; Doença de Kawasaki anterior sem

disfunção valvar; febre reumática anterior sem disfunção valvar; marcapassos cardíacos e desfibriladores implantados.

Quanto aos procedimentos odontológicos que exigem profilaxia antibiótica, ou seja, nos cardiopatas de risco alto e moderado tem-se: as exodontias; procedimentos periodontais, incluindo sondagem e manutenção; implante e reimplante dentário; instrumentação e cirurgia endodôntica somente além do ápice; colocação inicial de bandas ortodônticas; injeções interligamentares de anestésicos locais e limpeza profilática de dentes ou implantes quando se espera sangramento.

Dentre os procedimentos que não precisam de profilaxia tem-se as injeções de anestésicos locais; dentística restauradora; colocação de diques de borracha; tratamento endodôntico intracanal; remoção de suturas; colocação de aparelhos protéticos e ortodônticos removíveis; obtenção de radiografias e ajuste de aparelho ortodôntico.

Em relação à medicação profilática tem-se a profilaxia padrão com Amoxicilina. Em adultos, 2,0g e em crianças, 50mg/kg, via oral, uma hora antes do procedimento. Se incapazes de tomar via oral, prescrever intramuscular ou intravenoso, trinta minutos antes do procedimento. Em pacientes alérgicos à Penicilina, prescrever: Clindamicina, 600mg em adultos e 50mg/kg, via oral em crianças, uma hora antes do procedimento ou Cefalexina, 2,0g (adultos) e 50mg/kg, em crianças, via oral, uma hora antes ou Azitromicina ou Claritromicina, 500mg (adultos) e 15mg/kg em crianças, via oral, uma hora antes do procedimento. Em pacientes alérgicos à penicilina e incapazes de tomar medicamento via oral, utilizar

Clindamicina, 600mg (adultos) e 20mg/kg em crianças, intravenoso, 30 minutos antes do procedimento. Cefazolina 1,0g em adultos e 25mg/kg em crianças, intramuscular ou intravenoso, 30 minutos antes do procedimento (SONIS, *et al.*, 1995).

c) Nefropatias:

Incluem-se principalmente, os pacientes com insuficiência renal crônica, os que se submetem à diálise e os transplantados renais. Deve-se ter em mente a possível existência de problemas de hemostasia.

Os achados bucais mais comuns são: halitose e gosto ruim na boca, provavelmente devido a presença de uréia na saliva; a amônia pode ser notada na respiração e, também, estar presentes inflamação e aumento das parótidas. A diminuição da função plaquetária pode resultar em hemorragia na mucosa e gengiva; periodontites e GUN ; "estomatite urêmica" eritomatosa ou ulcerativa com sintomatologia dolorosa; pseudomembranas em mucosa causadas por *Candida*; hiperplasia gengival em pacientes transplantados causadas pelo uso da ciclosporina, um agente imunossupressivo (SONIS *et al.*, 1995).

No atendimento odontológico é indispensável verificar a possível medicação de heparina; evitar antibióticos nefrotóxicos; anestésicos devem ser dotados de baixo poder vasoconstritor; analgésicos que não interfiram com a função renal e que não provoquem interações com as drogas; profilaxia antibiótica recomendada (FORNIOL FILHO, 1998).

d) Neoplasias:

Deve-se ressaltar que a literatura é vasta em relação às neoplasias e que iremos abordar apenas algumas considerações sobre a radioterapia e a quimioterapia.

A radioterapia pode causar: mucosite, alterações nas glândulas salivares, cárie de radiação e osteorradioneecrose. A quimioterapia pode causar mucosite, xerostomia, envolvimento de nervos bucais com dores odontogênicas, infecção bacteriana, infecção de tecidos moles (gengiva e mucosa), infecção de glândulas salivares, Infecção fúngica (*Candida albicans*), infecções viróticas (herpes simples e herpes zoster), sangramento bucal devido a trombocitopenia, um efeito colateral da quimioterapia (sangramento gengival espontâneo, sangramento submucoso espontâneo e hemorragia pós-operatória) (SONIS *et al.*, 1995).

Ressalta-se a importância em manter uma saúde bucal satisfatória nesses pacientes eliminando possíveis focos de infecção antes da radioterapia. Vale lembrar que é contra indicado a realização de exodontias em pacientes irradiados, optando pelo tratamento endodôntico.

e) Transtornos Convulsivos:

As principais alterações bucais nos pacientes com transtornos convulsivos são a hiperplasia gengival dilatônica, bruxismo e fraturas dentárias (FORNIOL FILHO, 1998).

f) AIDS:

São várias as manifestações orais nos pacientes infectados por HIV. As mais comuns são: Candidíase, Leucoplasia pilosa, Herpes simples, Herpes zoster, Gengivite, Periodontite Necrosante, Ulceração Aftosa Recorrente e Sarcoma de Kaposi, Linfoma deBurkitt e Carcinoma Espinocelular (GRASSI *et al.*, 1994).

A literatura sobre alterações sistêmicas é vasta e por isso resolveu-se citar apenas algumas com maior relevância, lembrando que temos ainda as pneumopatias, as dermatopatias e várias outras.

2.3 Discussão

O conceito e a classificação de Pacientes Portadores de Necessidades especiais constituem um surpreendente problema para os profissionais de Odontologia.

Durante décadas, conceitos e inúmeras definições foram surgindo e até o presente momento é confuso e desconhecido para muitos dos profissionais que insistem em designar o paciente portador de necessidades especiais como paciente excepcional. Termo este que tem aspecto pejorativo e na maioria das vezes discriminador por grande parte da sociedade, que ainda tem na memória aquele paciente excepcional de instituições, de APAEs, asilos e hospitais psiquiátricos; totalmente abandonados, sem nada a adicionar à comunidade e tido por muitos, inclusive pelos familiares como um “castigo” de Deus.

Diversas especialidades, de outras áreas que não a Odontologia, se agrupam para formar uma equipe multidisciplinar, com objetivos comuns. Infelizmente o mesmo não acontece com o cirurgião-dentista que ainda mantém-se refém de seu consultório, sem uma visão sistêmica e ampla do ser humano.

A finalidade de se agrupar indivíduos de acordo com os comprometimentos ou áreas comprometidas pela patologia tem, em seu âmbito maior, proporcionar ao profissional uma distinção e interação com áreas multidisciplinares, sem, antes de tudo, estar tecnicamente preparado para fazê-la.

O cirurgião-dentista precisa estabelecer antes de mais nada, uma forte e sincera relação entre dentista, paciente e família. Na primeira consulta deve-se classificar o paciente diante de sua deficiência ou desvio, através de uma detalhada e criteriosa anamnese . Só a partir deste momento deve-se estabelecer um plano de tratamento, sempre adotando condutas e procedimentos condizentes com o diagnóstico estabelecido.

Deve-se também avaliar a expectativa da família ou dos responsáveis em relação ao tratamento pois, na maioria das vezes, estes serão peças importantes no tratamento, principalmente no que se refere à prática diária de higienização bucal e controle da dieta do paciente em questão.

O profissional deve, não só estar preparado tecnicamente diante de diversas patologias que estão presentes nesses pacientes, como também, frente às barreiras psicossociais como medo, agressividade, ansiedade, birra e outros possíveis desvios quase sempre presentes. Deve compreender que o medo e/ou a ansiedade de um deficiente visual é completamente diferente do medo e/ou ansiedade de um deficiente auditivo, que são ainda díspares do que sente um portador de síndrome de Down ou mesmo de um Deficiente Mental.

Portanto, torna-se necessário também, o conhecimento das diferentes emoções que acometem com frequência esses pacientes afim de se obter êxito no tratamento.

3 Conclusão

Frente às novas abordagens dos Pacientes Portadores de Necessidades Especiais, surgem novas expectativas em relação ao tratamento destes pacientes, pois proporciona ao profissional ter uma visão mais abrangente das diversas patologias que comprometem esses indivíduos temporariamente ou por tempo indefinido.

É de fundamental importância uma anamnese criteriosa e detalhada, obtendo-se dados da história médica pregressa bem como dados atuais no que se refere ao uso de medicamentos, distúrbios ou desvios existentes, áreas multidisciplinares atuantes, e hábitos diários do paciente.

A odontologia para Pacientes Portadores de Necessidades Especiais não é apenas um conjunto de técnicas e conhecimentos, mas sim um envolvimento para integrar o indivíduo na sociedade. Não existe portanto, interdependência entre doenças bucais e sistêmicas ou problemas psicossociais e econômicos.

A odontologia não pode mais ignorar os problemas dessas pessoas, ricas, ilustres ou pobres, brancas ou negras, sejam eles bucais, médicos, sociais ou emocionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Antibiotic prophylaxis of endocarditis: new recommendations. **Drug Ther Bull**, v.28, p.90-9, 1990.
2. BEIGUELMAN, B. **Genética médica**. São Paulo, Ed. Universidade de São Paulo, v. 1, 1974.
3. COHEN, M.M.; WINER, R.H.; SCHWATZ, S.; SHKLAR, G. Oral aspects of mongolism Part I: periodontal disease in mongolism. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** v. 14, p. 92-107, 1961.
4. DESAI, S.S. Down syndrome – A review of the literature. **Oral Surg Oral Med. Oral Pathol** v. 84, p. 279-285, 1997.
5. ELIAS, R. **Odontologia de alto risco: pacientes especiais**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995, p. 96-102.
6. FORNIOL FILHO, A. **Pacientes especiais e a Odontologia**. Santos, 1998. 472 p.
7. GRASSI, M.; ABB, J.; HAMMERLE, C. **AIDS em Odontologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994, p 45-60.
8. GRUNSVEN, M.; CARDOSO, E. Atendimento odontológico a pacientes especiais. **Rev. APCD**, v.49, p.364-369, 1995.
9. GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 6 ed. Santos, 1997, p. 875-903.
10. KRYNSKI, Stanislaw. **Deficiência mental**. Livraria Ateneu, 1969, p. 01-56.
11. LINDAU, B.M.; DIETZ, W.; HOYER, I.; LUNDGREN, T.; STORHAUG, K.; NORÉN, J.G. Morphology of dental enamel and dentine-enamel junction in osteogenesis imperfecta. **Int J Paed Dent**, v.9, p.13-21, 1999.
12. LINDHE, J. **Tratado de Periodontia Clínica**. 2 ed. Guanabara Koogan, 1989, p.206-207.
13. LOE, H.; SILNES, J. Periodontal Disease in pregnancy, prevalence and severity. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 21, p. 533-551, 1963.
14. LUKINMAA, P.L.; RANTA, H.; RANTA, K.; KAITILA, I. Dental findings in osteogenesis imperfecta. I. Occurrence and expression of type I dentinogenesis imperfecta. **J. Craniofac Genet Dev Biol**, v.7, p.115-125, 1987.
15. MARCICANO, M.H. Prevenção bucal no paciente portador de disfunção neuromotora. In: **Tese de Mestrado da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo**, 1994.

16. MARINO, B.; DI CARLO, D. Complete atrioventricular septal defects na Down syndrome. **Eur J Cardiothorac Surg**, v. 12, n. 5, p. 815-816, Nov. 1997.
17. MORIGUCHI, Y. Aspectos Geriátricos no Atendimento Odontológico. **Revista Odonto Ciências**, n. 9, p. 117-123, 1990.
18. MUGAYAR, L. R. F. **Pacientes portadores de necessidades especiais.** Manual de Odontologia e Saúde Oral. Pancast, p. 1-46,73-80,141-164, 2000.
19. NARVAI, P.B. Saúde bucal de gestantes. **RGO**, v. 3, n.32, p. 243-249, Jul/Set, 1984.
20. NOWAK, A.J. **Dentistry for the handicapped patient.** St. Louis : The CV Mosby Company, 1976, p. 32-35.
21. O'CONNELL, A.C.; MARINI, J.C. Evaluation of oral problemns in osteogenesis imperfecta population. **Oral Surg Oral Med. Oral Pathol**, v.87, n.2, p.189-196, 1999.
22. RIGUEIRA, I. **Fundamentos de Periodontia: morfologia, prevenção e terapêutica aplicada.** Rio de Janeiro : Revinter, 1996, p. 71-72
23. SANZ, J.J.; PERNIA, J.L. Estudio epidemiológico bucodentário en pacientes com paralis cerebral. Parte I: Maloclusiones dentarias. **Rev. Acta Odontoestomat Esp.** v.44, p.50-57, 1994.
24. SHAPIRA, J.; MANN, J.; TAMARI, I.; MESTER, R.; KNOBLER, H.; YOELI, Y.; NEWBRUN, E. Oral health status and dental needs of na autistic population of children and young adults. **Spec Care Dentist**, v. 9, p. 38-41, 1989.
25. SHAPIRA, J.; STABHOLZ, A. A comprehensive 30-month preventive dental health program in a pre-adolescent population with Down's syndrome: a longitudinal study. **Spec Care Dentist**, v. 16, n. 1, p. 33-37, Jan/Feb. 1996.
26. SONIS, S.T.; FAZIO, R.C.; FANG, L. **Princípios e práticas de medicina oral.** 2 ed. Guanabara Koogan, 1995. 491 p.
27. TOMMASI, A.F. **Diagnóstico em patologia bucal.** São Paulo: Artes Médicas, 1982, p. 210-212