

Isabel Augusta Pereira de Magalhães Torres



# Atitudes dos Médicos Dentistas no tratamento médico-dentário de pacientes com deficiência mental

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

Licenciatura em Medicina Dentária

Porto, 2009

Isabel Augusta Pereira de Magalhães Torres

Atitudes dos Médicos Dentistas no  
tratamento médico-dentário de pacientes  
com deficiência mental

“Trabalho apresentado  
à Universidade Fernando Pessoa  
como parte dos requisitos  
para a obtenção do grau de  
Licenciada em Medicina Dentária”

Isabel Augusta Torres

## RESUMO

### ATITUDES DOS MÉDICOS DENTISTAS NO TRATAMENTO MÉDICO-DENTÁRIO DE PACIENTES COM DEFICIÊNCIA MENTAL

Recentemente tem sido dada muita atenção aos cuidados de saúde, educação e à inserção dos pacientes com necessidades especiais no mundo do trabalho. Sendo assim, a existência de cuidados médico-dentários adequados e especializados torna-se, indubitavelmente, numa das necessidades mais importantes destes indivíduos. Dados oficiais indicam que metade da população de pacientes especiais mundial é constituída por portadores de deficiências mentais. Além das barreiras físicas e das atitudes dos familiares de pacientes com deficiência mental, as atitudes dos Médicos Dentistas, bem como a sua falta de experiência e formação, limitam o acesso a cuidados de saúde oral apropriados. Os objectivos gerais deste estudo consistem em conhecer e avaliar as atitudes dos Médicos Dentistas, em relação a pacientes com deficiência mental, no que diz respeito à motivação para a higiene oral e ao seu tratamento médico-dentário. Pretende-se, igualmente, sensibilizar estes profissionais de saúde para os problemas médico-dentários deste tipo de pacientes, clarificando aspectos específicos acerca da sua abordagem no consultório médico-dentário. Tendo em vista aprofundar a temática abordada, efectuou-se uma revisão bibliográfica acerca da saúde oral destes pacientes, da sua relação com o Médico Dentista, da importância de técnicas preventivas e de controlo do seu comportamento e, por fim, dos aspectos que podem tornar o seu tratamento mais fácil e eficiente. Além da revisão bibliográfica, aplicou-se um questionário de 20 itens a um total de 206 Médicos Dentistas, a exercer em Portugal, de ambos os géneros e com idades compreendidas entre os 24 e os 61 anos. Tal questionário baseou-se na aplicação de uma escala de medição de atitudes, com o valor mínimo de 20 pontos e valor máximo de 100 pontos, sendo que quanto mais elevada a pontuação obtida pelo inquirido, mais positiva será a sua atitude em relação a estes pacientes. Cerca de 73% dos profissionais efectuam ou já efectuaram o atendimento médico-dentário de pacientes com necessidades especiais, demonstrando resultados na escala mais positivos. Ainda assim, não se registam diferenças significativas nas suas atitudes ( $p=0,128$ ,  $p>0,05$ ). O mesmo acontece relativamente aos géneros feminino e masculino ( $p=0,432$ ,  $p>0,05$ ), ao número de anos de actividade profissional ( $p=0,127$ ,

$p > 0,05$ ) e à formação acadêmica ( $p = 0,818$ ,  $p > 0,05$ ). No que diz respeito à idade dos profissionais, diferenças significativas são encontradas, uma vez que o escalão etário dos 29 aos 33 anos apresenta uma atitude no tratamento de pacientes com deficiência mental significativamente mais positiva do que a do escalão 39-61anos (Teste Tukey;  $p = 0,011$ ).

## **ABSTRACT**

### **DENTISTS' ATTITUDES IN THE MANAGEMENT OF PEOPLE WITH MENTAL DISABILITIES**

Nowadays it has been given much attention to health care, education and the inclusion of patients with special needs in the world of work. Thus, the existence of adequate and specialized dental care it is undoubtedly one of the most important needs of these individuals. Official statistics indicate that half the population of patients with special needs worldwide is made up of people with mental disabilities. Besides the physical barriers and the attitudes of these patient's parents, Dentists' attitudes and their lack of experience and training restricts the access to an appropriate oral health care. The general objectives of this study consist to know and evaluate the Dentist's attitudes, towards patients with mental disabilities, with regard to motivation for oral hygiene and its medical-dental treatment. It is also the awareness of these health professionals for mentally disabled dental problems, clarifying specific aspects of their approach in the dental office. In order to deepen the theme discussed, it took place a review about the oral health of these patients, their relationship with the Dentist, the importance of both preventive and behavior control techniques and, finally, about the aspects that can make their treatment easier and more efficient. Besides the review, a 20 items questionnaire was applied to a total of 206 Dentists, practicing at this moment in Portugal, from both sexes, aged between 24 and 61 years. This questionnaire was based on the application of a scale for measuring attitudes, with the minimum of 20 points and the maximum of 100 points, in which a higher score means a better attitude shown towards these patients. About 73% of professionals engaged or already made dental care to patients with special needs, having more positive results on the scale. Still, there are no significant differences in their attitudes ( $p=0,128$ ,  $p>0,05$ ). The same applies to male and female gender ( $p=0,432$ ,  $p>0,05$ ), to the number of years of occupation ( $p=0,127$ ,  $p>0,05$ ) and to academic education ( $p=0,818$ ,  $p>0,05$ ). Regarding the age of the respondents, significant differences are found, since the age of 29 to 33 years gives an attitude in the treatment of mentally disabled significantly more positive than the 39-61 age (Tukey test;  $p = 0,011$ ).

## **Dedicatória**

**Ao meu “maninho” Miguel, cuja presença é uma constante na minha vida,**

**Estarás sempre comigo..!**

## **Agradecimentos**

Aos meus pais por todo o amor, compreensão e carinho, sem vocês este percurso não teria sido possível!

Aos meus queridos avós, tios e primos, uma família unida da qual me orgulho de pertencer.

Ao meu magnífico namorado, Tiago, incansável na tarefa de me fazer feliz. Foste a melhor coisa que me poderia ter acontecido!

Aos meus colegas e amigos mais próximos por simplesmente estarem presentes na altura certa. Ao meu professor de música, José Mota, obrigada por todo o apoio e incentivo durante esta caminhada que agora termina.

À minha orientadora, Dra. Sandra Gavinha, um exemplo de responsabilidade e trabalho árduo. Obrigada pelo seu apoio e orientação.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Conceição Manso, por todo o seu empenho, colaboração e incentivo. Admiro o seu trabalho e não esquecerei a sua dedicação na elaboração desta Monografia!

Ao Dr. Nuno Pires, a quem devo uma postura mais tranquila, decidida e positiva no meu dia-a-dia.

À Dr.<sup>a</sup>. Cláudia Barbosa e ao Dr. Nelso Reis que me acompanharam nesta jornada e nunca duvidaram das minhas capacidades, obrigada pelo vosso apoio!

Ao Dr. Mário Rodrigues, por me ter proporcionado uma visão real acerca do tema deste trabalho e por me ter, desde logo, incentivado para a sua execução.

# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| I. INTRODUÇÃO.....  | 1  |
| II. DESENVOLVIMENTO.....  | 4  |
| 1. Saúde Oral em pacientes com deficiência mental .....                                   | 4  |
| <i>i Paralisia Cerebral</i> .....   | 5  |
| <i>ii Síndrome de Down</i> .....  | 13 |
| <i>iii Autismo</i> .....  | 18 |
| <i>iv Défice cognitivo</i> .....  | 22 |
| <i>v Epilepsia</i> .....  | 25 |
| 2. Relação Médico Dentista – Paciente com deficiência mental.....                         | 29 |
| 3. Medicina Dentária preventiva em pacientes com deficiência mental .....                 | 33 |
| <i>i Higiene Oral</i> .....   | 34 |
| <i>ii Controlo químico da placa bacteriana</i> .....                                      | 35 |
| <i>iii Aplicação de flúor</i> .....   | 36 |
| <i>iv Controlo da dieta</i> .....   | 36 |
| <i>v Selantes de Fissura</i> .....  | 37 |
| 4. Técnicas de controlo de comportamento no consultório dentário.....                     | 38 |
| <i>i Técnicas de Comunicação</i> .....  | 38 |
| <i>ii Técnicas de modificação da conduta</i> .....  | 40 |
| <i>iii Técnicas de controlo físico do comportamento</i> .....                             | 41 |
| <i>iv Controlo químico do comportamento</i> .....   | 42 |
| 5. Tratamento médico-dentário adequado a cada deficiência.....                            | 44 |
| <i>i Paralisia Cerebral</i> .....   | 45 |
| <i>ii Síndrome de Down</i> .....  | 45 |
| <i>iii Autismo</i> .....  | 46 |
| <i>iv Défice cognitivo</i> .....  | 47 |
| <i>v Epilepsia</i> .....  | 48 |
| 6. Atendimento de pacientes com necessidades especiais: uma especialidade a explorar..... | 49 |
| 7. Material e Métodos.....  | 50 |
| <i>i Revisão bibliográfica</i> .....  | 50 |
| <i>ii Caracterização do estudo realizado</i> .....  | 50 |
| <i>iii População e amostra</i> .....  | 51 |
| <i>iv Instrumento de registo de dados – Questionário a M. Dentistas</i> .....             | 51 |
| <i>v Análise Estatística</i> .....  | 52 |

|  |    |
|--|----|
| 8. Análise dos Resultados – análise das variáveis do questionário e caracterização da amostra..... | 52 |
| <i>i</i> Caracterização da amostra .....   | 52 |
| <i>ii</i> Escala de Medição de Atitudes.....   | 56 |
| 9. Discussão.....  | 64 |
| <i>i</i> Atitude vs Género.....  | 65 |
| <i>ii</i> Atitude vs Idade .....   | 66 |
| <i>iii</i> Atitude vs Número de anos de actividade profissional.....                               | 67 |
| <i>iv</i> Atitude vs Atendimento de Pacientes Especiais.....                                       | 67 |
| <i>v</i> Atitude vs Formação Académica .....   | 68 |
| III. CONCLUSÃO.....  | 70 |
| IV. BIBLIOGRAFIA.....  | 72 |
| V. ANEXOS – ANEXO I.....   | 81 |

## ÍNDICE DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 1</b> – Idade (anos) dos inquiridos e sua subdivisão por género. Estatísticas mais relevantes: média ( $\pm$ desvio padrão), mediana (amplitude inter-quartil) e mínimo e máximo observado. ....  | 53 |
| <b>Tabela 2</b> - Número de anos de actividade profissional de todos os inquiridos e subdivisão por género. Estatísticas mais relevantes: média ( $\pm$ desvio padrão), mediana (amplitude inter-quartil), mínimo e máximo observado. ....  | 54 |
| <b>Tabela 3</b> – Resultados da Escala de Medição de Atitudes perante pacientes com deficiência mental, descritos para todos os inquiridos, subdivididos por género, por escalões etários, pela realização do atendimento a pacientes com deficiência mental e pela formação académica que possuem. Estatísticas mais relevantes: média ( $\pm$ desvio padrão), mediana (amplitude inter-quartil), mínimo e máximo..... | 58 |
| <b>Tabela 4</b> – Valores próprios responsáveis pela extracção de 6 factores, respeitantes aos 20 itens do questionário.....  | 59 |
| <b>Tabela 5</b> – Matriz Transposta das Componentes, de acordo com a Escala de Atitudes.....  | 59 |
| <b>Tabela 6</b> – Itens do questionário que contribuíram para a extracção do Factor 1 – Percepção da Autonomia e Responsabilidade Pessoal. ....   | 60 |
| <b>Tabela 7</b> - Itens do questionário que contribuíram para a extracção do Factor 2 – Tratamento de pacientes com deficiência mental.....   | 61 |
| <b>Tabela 8</b> - Itens do questionário que contribuíram para a extracção do Factor 3 – Eficácia dos tratamentos médico-dentários. ....   | 62 |
| <b>Tabela 9</b> - Itens do questionário que contribuíram para a extracção do Factor 4 – Igualdade de cuidados médico-dentários.....   | 62 |
| <b>Tabela 10</b> - Itens do questionário que contribuíram para a extracção do Factor 5 – Discriminação. ....  | 63 |
| <b>Tabela 11</b> - Itens do questionário que contribuíram para a extracção do Factor 6 – Tratamento como caos especiais. ....   | 64 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|   |    |
|---|----|
| <b>Gráfico 1-</b> Distribuição de frequências da Instituição de ensino em que os Médicos Dentistas inquiridos se licenciaram. ....  | 53 |
| <b>Gráfico 2-</b> Distribuição de frequências do ano de licenciatura dos Médicos Dentistas inquiridos .....   | 54 |
| <b>Gráfico 3 -</b> Distrito / área de exercício da actividade profissional dos inquiridos. ....   | 55 |
| <b>Gráfico 4 -</b> Distribuição de frequências de áreas de Pós-Graduação dos Médicos Dentistas inquiridos (n=93; 18 áreas referidas).....   | 55 |
| <b>Gráfico 5 -</b> Distribuição de frequências de áreas de Mestrado dos Médicos Dentistas inquiridos (n=35; 17 áreas referidas).....  | 56 |
| <b>Gráfico 6 -</b> Distribuição de frequências para o atendimento de Pacientes com Necessidades Especiais (n=206).....  | 56 |
| <b>Gráfico 7 -</b> Distribuição de frequência das pontuações obtidas pelos inquiridos na Escala de Medição de Atitudes no Tratamento médico-dentário de Pacientes com deficiência mental..... | 57 |

## I. INTRODUÇÃO

Por volta de 1935, nos Estados Unidos da América, dois odontopediatras decidiram agrupar os indivíduos que, pela sua condição física e/ou mental, apresentavam desvios dos padrões de normalidade, impossibilitando a realização de um tratamento médico-dentário regular. Surgiu, então, a designação “handicapped”, que mais tarde viria a ser substituída por “pacientes com necessidades especiais” (Klatchoian, 2002).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% da população mundial é constituída por pacientes especiais, onde 50% são portadores de deficiências mentais e destes, 85% são deficiências mentais leves. A desinstitucionalização destes indivíduos e a sua consequente integração na sociedade tem vindo a ser uma realidade cada vez mais frequente, tornando-os dependentes da prestação dos mesmos serviços de saúde que a restante população (Guedes-Pinto, 2003; Jongh et al., 2008).

O tipo de sociedade em que vivemos, na qual predomina o conceito de normalidade, em que padrões de perfeição são constantemente exaltados, faz com que o portador de deficiência seja marginalizado. Essa realidade associada ao desconhecimento em relação às deficiências faz com que o preconceito seja uma atitude predominante nas mais variadas camadas sociais (Corrêa, 1999).

Numa perspectiva histórica pode-se dizer que os cuidados de saúde oral sempre se mantiveram como uma parte isolada dos cuidados de saúde gerais, focando-se apenas na prevenção de doenças da cavidade oral e na eficácia dos diferentes tratamentos médico-dentários. Actualmente espera-se que a formação dos futuros profissionais de saúde lhes permitam considerar o paciente como um todo (Hallberg et al., 2004).

As crianças com deficiência mental enfrentam, na sua maioria, dificuldades na obtenção de cuidados médico-dentários adequados, quer estas sejam impostas pela sua condição, quer pela negligência dos seus cuidadores, ou ainda pelas atitudes negativas dos profissionais no seu tratamento (Yeganegi e Tandon, 2008).

Os Médicos Dentistas com experiência limitada no tratamento de pacientes com necessidades especiais são os primeiros a evitar ou mesmo a recusar o seu atendimento. A insegurança e o pouco à-vontade que sentem são provocados pela ausência de conhecimentos e técnicas adequadas para o efeito (Jongh et al., 2008).

Embora a idade do paciente, a existência de alterações patológicas e de desvios comportamentais influenciem significativamente o estado de saúde oral, todos merecem a mesma qualidade de cuidados médico-dentários. Assim, a eficácia do tratamento deste tipo de pacientes implica mais uma mudança de atitude do que de técnica (González e Wilson, 2006; Shapira et al., 1998).

Escolhi especificamente este tema devido ao facto de ter convivido de perto com uma patologia que requer cuidados especiais a todos os níveis, isto é, a paralisia cerebral, presente no meu irmão. A licenciatura em Medicina Dentária veio-me alertar para o importante papel da saúde oral no bem-estar e qualidade de vida dos pacientes portadores de deficiências, mais especificamente dos portadores de deficiência mental. Assim sendo, pretendo aprofundar este tema para me tornar uma melhor profissional, no que diz respeito ao tratamento médico-dentário destes pacientes e, ao mesmo tempo, sensibilizar os colegas da área para a adopção de atitudes no mesmo sentido.

A elaboração desta monografia tem, então, como objectivos gerais conhecer e avaliar as atitudes dos Médicos Dentistas na motivação para a higiene oral e no tratamento de pacientes com deficiência mental, nomeadamente portadores de deficiências ou distúrbios mentais. Pretende-se, igualmente, sensibilizar os Médicos Dentistas para os problemas médico-dentários deste tipo de pacientes, agravados pelas dificuldades que experimentam no acesso a cuidados de saúde oral. Outro dos objectivos consiste em desmistificar a natureza de patologias, como a Paralisia Cerebral, a Síndrome de Down, o Autismo, o Défice Cognitivo ou a Epilepsia, clarificando aspectos específicos acerca da sua abordagem no consultório médico-dentário. Por fim, pretende-se alertar a comunidade de Médicos Dentistas para a necessidade de formação específica na área, bem como para as vantagens da inclusão em equipas multidisciplinares, cujo objectivo seja a assistência desta população especial e, conseqüentemente, a melhoria da sua qualidade de vida.

Tendo em vista alcançar tais fins, aplicou-se um questionário de 20 itens, durante o período de 4 de Fevereiro a 14 de Junho de 2008, a um total de 206 Médicos Dentistas, a exercer em Portugal, de ambos os géneros e com idades compreendidas entre os 24 e os 61 anos. Tal questionário baseou-se na aplicação de uma escala de medição de atitudes, sendo que quanto mais elevada a pontuação obtida pelo inquirido, mais positiva será a sua atitude no tratamento médico-dentário destes pacientes. Como resultados gerais pôde-se verificar que cerca de 73% dos profissionais efectuam ou já efectuaram o atendimento médico-dentário de pacientes com necessidades especiais, demonstrando resultados na escala mais positivos. Ainda assim, não se registam diferenças significativas nas suas atitudes ( $p=0,128$ ,  $p>0,05$ ). O mesmo acontece relativamente aos géneros feminino e masculino ( $p=0,432$ ,  $p>0,05$ ), ao número de anos de actividade profissional ( $p=0,127$ ,  $p>0,05$ ) e à formação académica ( $p=0,818$ ,  $p>0,05$ ). No que diz respeito à idade dos profissionais, diferenças significativas são encontradas, uma vez que o escalão etário dos 29 aos 33 anos apresenta uma atitude no tratamento de pacientes com deficiência mental significativamente mais positiva do que a do escalão 39-61 anos (Teste Tukey;  $p=0,011$ ).

Juntamente com o Questionário foi efectuada, entre 3 de Janeiro e 20 de Maio, uma revisão bibliográfica sobre o tema abordado, em que as principais palavras-chave utilizadas foram as seguintes: *special needs, dentist's attitudes towards disabled, mental disability, learning disabilities, Mental Retardation, Cerebral Palsy, Epilepsy, Autism, Down Syndrome, disabled people, special care in dentistry e oral health care for handicapped.*

## II. DESENVOLVIMENTO

### *1. Saúde Oral em pacientes com deficiência mental*

A deficiência mental é um complexo de sintomas, de etiologia multifactorial, cuja unidade reside na deficiência intelectual. Resulta, quase sempre, de uma alteração na estrutura cerebral, provocada por factores genéticos, metabólicos, infecciosos ou traumáticos, sendo acompanhada frequentemente de deficiências física, intelectual, emocional e social. A abordagem médico-dentária nos portadores de deficiência mental requer conhecimentos acerca do potencial do paciente (Corrêa, 1999; Toledo, 2005).

O sucesso do tratamento médico-dentário em pacientes com deficiências e, conseqüentemente, no estado da sua saúde oral depende, não só do conhecimento da conduta considerada normal, como também da natureza de todos estes distúrbios. Depende, também, da relação harmoniosa e da confiança entre os pais/educadores desses pacientes e dos profissionais de Medicina Dentária (Friedlander, 2005).

A criança mentalmente deficiente tem as funções intelectuais situadas abaixo dos padrões considerados normais para a sua idade e, em consequência, mostra dificuldade no comportamento adaptativo (Toledo, 2005).

O desconhecimento dos problemas dentários dos pacientes especiais, associados às suas próprias reacções emocionais, às dos seus familiares, bem como às do profissional, cria e aumenta as barreiras ao acesso aos cuidados especiais (González e Wilson, 2006).

A saúde oral pode afectar ou, por sua vez, ser afectada pelas condições patológicas gerais do paciente com deficiências, o que faz com que a qualquer momento os cuidados médico-dentários se transformem numa prioridade (White, 1981).

A ansiedade originada pelos problemas médicos gerais, a ideia pré-concebida de que os cuidados médico-dentários nesses casos são impossíveis e a dificuldade de comunicação presente neste tipo de pacientes, faz com que os problemas dentários se confundam com alterações médicas ou comportamentais, o que leva os familiares a procurarem

tratamento médico-dentário quando as alterações patológicas orais já se encontram significativamente instaladas (Corrêa, 1999).

A saúde oral dos indivíduos portadores de deficiências é, geralmente, mais pobre do que na restante população, sendo encontrados com frequência vários problemas médico-dentários. A incidência de cárie e de gengivite é geralmente muito elevada, sendo a incapacidade desses pacientes para manter a higiene oral um dos factores responsáveis, bem como a presença de respiração bucal, de anormalidades na oclusão dentária, de uma dieta cariogénica ou dos efeitos adversos da terapia medicamentosa (Toledo, 2005; Pezzementi e Fisher, 2005).

Num estudo realizado por Choi e Yang (2003), em pacientes com diferentes desordens neuromusculares, observa-se um índice de cárie significativamente mais reduzido do que na restante população. Por outro lado, a prevalência de gengivite e doença periodontal encontra-se significativamente mais elevada, aumentando com a idade. Quanto às relações oclusais, as Classe II e III de Angle predominavam neste tipo de pacientes, comparativamente ao grupo de controlo.

### **i Paralisia Cerebral**

A encefalopatia crónica infantil não progressiva, mais conhecida como Paralisia Cerebral, é o nome dado ao conjunto de desordens motoras não progressivas da postura e do movimento, devido a uma lesão no Sistema Nervoso central (SNC) durante o seu desenvolvimento (Diament, *cit.in* Guaré e Ciampioni, 2004).

A sua etiologia é multifactorial, podendo ocorrer devido a factores pré-natais, tais como infecção por citomegalovírus, rubéola, toxoplasmose; perinatais, como a anóxia cerebral e a prematuridade do nascimento; pós-natais como a meningoencefalite (Guedes-Pinto, 2003; Souza, *cit.in* Guaré e Ciampioni, 2004).

Embora em 50% dos casos a causa de paralisia cerebral seja desconhecida, o factor pré-natal mais importante parece ser a infecção intra-uterina (O'Shea, *cit.in* Rodrigues dos Santos et al., 2003; Moraes Costa et al., 2008). Entre as causas perinatais a anóxia

cerebral é a mais frequente, representando 45% dos casos, já as causas pós-natais representam 15% dos casos de paralisia cerebral. A prematuridade no nascimento contribui 20% para as causas perinatais, verificando-se que um terço dos bebês prematuros com peso inferior a 1000 g sofrerão de sequelas motoras de origem cerebral. (Prat et al., 2003).

Toledo (2005) classificou diferentes tipos de paralisia cerebral, de acordo com o envolvimento anatómico – monoplegia, hemiplegia, paraplegia, diplegia e quadriplegia, e com a disfunção neuromuscular – forma espástica, atetóide e atáxica.

Enquanto na monoplegia um único membro está afectado, na hemiplegia são dois os membros afectados do mesmo lado; Se na paraplegia estão afectados apenas os membros inferiores, na diplegia são todos os membros afectados, com predominância dos inferiores (Toledo, 2005). A combinação das duas primeiras, hemi e paraplegia, resulta na triplegia, onde se encontram afectados dois membros inferiores e um superior (Klatchoian, 2002). Na quadriplegia todos os membros, superiores e inferiores, se encontram afectados por igual (Corrêa, 1999).

A forma espástica constitui-se como três quartos do total dos casos, caracteriza-se essencialmente pela contracção muscular exagerada, dificuldade na mastigação e deglutição, choro e estado de irritação constante, afecção severa da inteligência e presença de convulsões, pelo menos em 50% dos casos (Corrêa, 1999). A falta de controlo dos músculos que apoiam o tronco e o pescoço resulta na dificuldade da manutenção da posição erecta (Avery e McDonald, 1995), com persistência da atitude flexora e extensora generalizada, onde o mínimo e mais ligeiro estímulo provoca o aumento do estado de hipertonia muscular (Klatchoian, 2002).

Sweet (*cit.in* Toledo 2005) definiu a atetose como um transtorno motor em que aparecem movimentos serpenteantes, complexos, irregulares, que se produzem de forma desordenada. A deglutição é difícil e a mastigação muitas vezes nunca se chega a desenvolver (Corrêa, 1999). Caracteristicamente os indivíduos com paralisia cerebral atetóide demonstram movimentos lentos, involuntários, extravagantes e persistentes, onde a tensão emocional é a principal responsável pelo aumento dos movimentos e pela

hipertonia. Aqui os músculos da garganta e o diafragma são igualmente afectados. Considera-se que nesta forma de paralisia cerebral esteja envolvido o VII par de nervos cranianos, ou seja o Nervo Facial, uma vez que o seu trajecto é coincidente com a área lesionada (Klatchoian, 2002).

A forma atáxica, sendo a mais rara de todas, caracteriza-se pela falta de coordenação motora e alteração no equilíbrio, na tentativa de execução de uma tarefa, com prejuízo da inteligência (Corrêa, 1999). Estes indivíduos apresentam distúrbios na locomoção e equilíbrio, com movimentos assimétricos e oscilações do tronco (Klatchoian, 2002).

As formas mistas ocorrem em 13% dos casos (Toledo, 2005).

### **1. Manifestações Clínicas Sistémicas**

Os sinais clínicos mais frequentes desta patologia são a descoordenação da função motora, com espasmos, contractura muscular involuntária, fraqueza, diminuição da mobilidade articular e outras condições associadas, tais como distúrbios na visão (em 40% dos casos), na audição (20%), na fala e linguagem (60%), défice cognitivo (40%) e epilepsia (40%) (Darby, 1998).

A epilepsia acompanha a paralisia cerebral em proporção aproximada à gravidade das formas e à localização das lesões (Corrêa, 1999).

### **2. Manifestações Clínicas Oraís**

Embora não existam anomalias intraorais exclusivas de pacientes com paralisia cerebral, várias situações estão associadas, mais frequentes ou severas do que na restante população (Avery e McDonald, 1995), tais como Doença Periodontal, Lesões de Cárie, Má Oclusão, Bruxismo, Transtornos da Articulação Temporomandibular, Trauma Dentário, Hipoplasia do Esmalte, Respiração Bucal e Protrusão Lingual. Os movimentos incontroláveis da mandíbula, lábios e língua estão frequentemente presentes nestes pacientes (González e Wilson, 2006).

### ***1. Doença Periodontal***

Ocorre com grande frequência nos pacientes portadores de paralisia cerebral, onde se pode efectuar uma relação evidente entre a gravidade da doença periodontal e os hábitos de higiene, dietéticos e medicamentosos. Muitas vezes as medidas de higiene oral são inadequadas e insuficientes. O tipo de dieta é igualmente significativo, uma vez que se resume a alimentos ricos em carboidratos e de consistência mole, devido à dificuldade na mastigação e na deglutição (Avery e McDonald, 1995).

A consistência pastosa dos alimentos ingeridos e a restrição de vitamina C na dieta podem agravar os problemas periodontais (Wessels e Gugushe, *cit.in* Guaré e Ciampioni, 2004)

A dificuldade extrema que estes pacientes possuem em manter uma higiene oral satisfatória é o principal factor responsável para a grande incidência de doença periodontal, bem como de má-oclusão, bruxismo e cárie dentária (Guaré e Ciampioni, 2004).

O índice de placa bacteriana em dentes permanentes, encontrado em crianças com paralisia cerebral, num estudo realizado em S.Paulo por Rodrigues dos Santos et al. (2003), foi significativamente maior do que no grupo de controlo, composto por crianças sem qualquer patologia.

Guaré e Ciampioni (2004) observaram numa amostra de 100 crianças com paralisia cerebral, entre os 2,5 e os 6 anos, valores significativamente mais elevados nos Índices de Placa Bacteriana, de Higiene Oral, e Gengival, em relação ao grupo de controlo, constituído por 100 crianças saudáveis.

### ***2. Lesões de Cárie Dentária***

No que diz respeito à incidência de cárie em pacientes com paralisia cerebral os dados existentes, comparativamente à restante população, são contraditórios, sendo geralmente

aceite que a incidência nestes pacientes não é significativamente maior, ao contrário da perda de dentes permanentes (González e Wilson, 2006).

As dietas cariogénicas, associadas ao consumo de antibióticos açucarados, usados frequentemente no tratamento de infecções das vias respiratórias superiores e das vias urinárias, contribuem para uma maior prevalência de cárie (Prat et al., 2003).

Além do Índice de Placa Bacteriana, Rodrigues dos Santos et al. (2003) mensurou, num grupo de 62 crianças com paralisia cerebral, os resultados obtidos da aplicação do Índice de dentes cariados, perdidos e obturados, Índice CPO, os quais se definiram como significativamente mais elevados do que no grupo de crianças sem paralisia. Este resultado teve como factores de risco a acumulação de resíduos alimentares na cavidade oral, associada ao alto índice de placa bacteriana.

Um outro estudo de Rodrigues dos Santos et al. (2002), baseado numa análise de variáveis multifactorial, permitiu observar, comparativamente a um grupo de crianças saudáveis, uma prevalência de cárie dentária significativamente maior no grupo de crianças com paralisia cerebral, bem como um maior índice de placa bacteriana, uma maior contagem de *St.mutans* e *Lactobacillus* e um menor fluxo salivar.

### **3. Má Oclusão**

A prevalência de má oclusão é aproximadamente o dobro do que na população em geral, verificando-se com frequência a existência de mordida aberta, mordida profunda, mordida cruzada unilateral e protrusão dos dentes anterosuperiores. Tudo aponta que a razão para este facto esteja na ausência de uma relação harmoniosa entre os músculos intraorais e periorais (Avery e McDonald, 1995).

A má oclusão em dentição permanente foi evidenciada nas crianças de género masculino com paralisia cerebral, através de altas percentagens, comparativamente ao grupo de controlo. Quando presente a má-oclusão mais frequente foi a Classe II, divisão I, de Angle (Rodrigues dos Santos et al., 2003).

Crianças com paralisia cerebral possuem valores de sobremordida horizontal (overjet) e vertical (overbite) significativamente aumentados, sugerindo a incompetência labial como um dos responsáveis na sua etiologia (Franklin et al., 1996).

Segundo Strodel (*cit.in* Rodrigues dos Santos et al., 2003) a disfunção motora inerente ao paciente com paralisia cerebral acentua a tendência à má oclusão, observando-se a existência de Classe II dentária e esquelética, mais comum na forma espástica de paralisia cerebral.

#### **4. Bruxismo**

O bruxismo é mais frequente nos pacientes com paralisia cerebral atetóide, notando-se atricção severa tanto na dentição temporária como permanente, com a conseqüente perda de dimensão vertical intermaxilar (González e Wilson, 2006).

A acompanhar as altas taxas de má-oclusão verificou-se a existência de bruxismo numa alta percentagem de crianças com paralisia cerebral, não se verificando diferenças entre as formas atáxica, atetóide ou espástica (Rodrigues dos Santos et al., 2003).

Numa amostra de 121 crianças entre os 4 e os 9 anos de idade, com paralisia cerebral, 69,4% sofria de bruxismo, sendo as maiores taxas nos grupos espástico e atetóide. Nenhuma relação directa foi encontrada entre má-oclusão e bruxismo (Peres et al., 2007).

#### **5. Transtornos da Articulação Temporomandibular**

Os distúrbios da articulação temporomandibular são significativamente mais frequentes nestes pacientes, devido ao desequilíbrio do mecanismo neuromuscular e à má oclusão (González e Wilson, 2006).

## **6. Trauma Dentário**

O trauma nos tecidos dentários e nas estruturas periodontais de suporte podem causar danos funcionais, emocionais e estéticos que requerem a actuação imediata do médico dentista (Moraes Costa et al., 2008).

A frequente protrusão dos dentes anterosuperiores, juntamente com a aumentada tendência à queda, pela diminuição do reflexo extensor que amortizaria essas quedas, faz com que estes pacientes sejam mais susceptíveis ao trauma dentário, especialmente dos dentes anterosuperiores (Avery e McDonald, 1995).

Num estudo de Moraes Costa et al. (2008), envolvendo 500 crianças brasileiras com paralisia cerebral, 53 (10,6%) experienciaram trauma dentário, sendo o mais frequente a fractura de esmalte e esmalte/dentina (84,9%). Num total de 84 peças dentárias traumatizadas, 50% eram incisivos superiores permanentes. Esta elevada incidência deve-se à sua posição anatómica, inclinada para vestibular, bem como à falta de protecção labial, não se registando diferenças significativas para o género, tipo de paralisia cerebral ou presença de epilepsia.

## **7. Hipoplasia do Esmalte**

As alterações da formação de esmalte estão presentes numa percentagem importante de pacientes com paralisia cerebral, especialmente naqueles que possuem um baixo coeficiente intelectual e/ou alterações neurológicas. Esta manifestação é igualmente uma ajuda para estabelecer a cronologia da lesão cerebral, existente em pacientes em que a causa não está bem definida (González e Wilson, 2006).

## **8. Respiração Bucal e Protrusão Lingual**

Estas manifestações são significativamente maiores em pacientes com paralisia cerebral do que na restante população (González e Wilson, 2006). Este facto foi evidenciado em crianças brasileiras com esta patologia, por Rodrigues dos Santos et al. (2003).

### ***9. Incontinência Salivar e Disfagia***

A incontinência salivar define-se como uma intencional perda de saliva e é considerada normal na infância, desde que não ultrapasse os 18 meses de idade, altura em que os músculos motores oro-faciais se encontram completamente desenvolvidos. Se o hábito persistir além desta idade deverá ser considerado como uma manifestação de um problema neurológico, como a paralisia cerebral e o défice cognitivo (Chang, *cit.in* Chávez et al., 2008).

A presença de incontinência salivar nos pacientes com paralisia cerebral não é atribuída a uma excessiva produção de saliva, mas sim à disfagia (Tahmassebi, *cit.in* Chávez et al., 2008).

Outros factores podem ser associados à etiologia da incontinência salivar, como a medicação anticonvulsivante, facto observado no estudo realizado por Chávez et al. (2008), em que 85% dos pacientes medicados com anticonvulsivantes apresentavam incontinência salivar. Observou-se igualmente a forte associação desta manifestação com a existência de mordida aberta anterior e ausência de selamento labial.

Rodrigues dos Santos et al. (2003) observou a presença de restos de alimentos na cavidade oral de crianças com paralisia cerebral, como resultado da incapacidade da língua, bochechas e lábios na manutenção de uma eficaz mastigação e deglutição.

### ***10. Hiperplasia gengival***

Os anticonvulsivantes são medicamentos usados cronicamente nestes pacientes, principalmente a difenilidantoína, a qual se responsabiliza pelos problemas de estética oral, desconforto e interferência funcional, causados pela hiperplasia gengival e que, conseqüentemente, torna a sua aplicação terapêutica limitada. Este efeito indesejado provocado pela hidantoína pode ocorrer entre 10 a 53% dos pacientes que utilizam este medicamento (Guedes-Pinto, 2003).

## ***11. Erupção dentária tardia***

As crianças com paralisia cerebral têm uma tendência aumentada para o atraso eruptivo dos molares permanentes, comparativamente a crianças normais. Este foi mais um dos resultados obtidos num dos estudos realizados por Rodrigues dos Santos et al. (2003).

### **ii Síndrome de Down**

A Síndrome de Down foi descrita pela primeira vez por John Langdon Down, em 1866, mas a sua causa permaneceu incógnita até 1958, quando Lejaune descobriu a existência de um cromossoma extra no par número 21, facto pelo qual esta patologia também seja denominada por Trissomia 21. Actualmente é a deficiência de aprendizagem mais frequentemente diagnosticada (Boj, 2004; Bradley e McAlister, 2004).

A incidência da S.Down, diagnosticada ao nascimento, varia de país para país, sendo geralmente de um em cada seiscentos a um em cada mil nascimentos (Desai, *cit.in* Bradley e McAlister, 2004). A frequência de ocorrência aumenta com a idade materna, especialmente se a mãe tiver mais de 35 anos de idade, não havendo qualquer relação com níveis sócio-económicos e raciais (Boj, 2004; Seagriff-Curtin et al., 2006).

A Síndrome de Down, ou Trissomia 21 é a anomalia cromossómica manifestada mais frequentemente nos recém-nascidos (Mutchinik, *cit. in* López-Pérez et al., 2002).

#### **1. Manifestações Clínicas Sistémicas**

Os indivíduos com Trissomia 21 apresentam frequentemente anomalias cardíacas congénitas, anomalias no sistema nervoso, comprometimento do sistema imunitário, instabilidade atlanto-axial e défice cognitivo, o qual varia de intensidade conforme os casos (Seagriff-Curtin et al., 2006).

As anomalias cardíacas congénitas estão presentes em aproximadamente 40% a 50% dos indivíduos com Síndrome de Down (Guedes-Pinto, 2003). Os defeitos no septo ventricular são a anomalia cardíaca mais frequente. Na maioria das vezes existe a

possibilidade de reparação através da cirurgia nos primeiros anos de vida, mas se o defeito é extenso (> 1,5 cm) e irreparável, o paciente desenvolve uma desordem cardiopulmonar denominada Síndrome de Eisenmenger (Chung et al., 2004)

A grande incidência de infecções dos tratos gastrointestinal, respiratório, urinário, de pneumonias e doença periodontal demonstram a grande susceptibilidade que estes indivíduos possuem a infecções víricas e bacterianas. Embora o mecanismo responsável seja ainda incerto, especula-se que seja devido a anomalias e à pouca esperança de vida dos neutrófilos. A presença de leucemia aguda nestes pacientes encontra-se igualmente aumentada, sendo 15 a 50 vezes maior do que na restante população (Chung et al., 2004; Seagriff-Curtin et al., 2006).

A instabilidade atlanto-axial, presente em 20% dos indivíduos com Trissomia 21, define-se por uma fadiga ligamentar das vértebras cervicais, áxis e atlas, a qual leva a uma hiperflexibilidade dos seus ligamentos transversos, condição que diminui com a idade (Wilson, *cit.in* Seagriff-Curtin et al., 2006).

Sinais neurológicos como a demência estão presentes em 30% dos adultos com mais de 35 anos (Wilson, *cit.in* Seagriff-Curtin et al., 2006). Já Guedes-Pinto (2003) refere que a partir dos 50 anos de idade 75% dos pacientes com S.Down desenvolvem o mal concreto de Alzheimer.

Os pacientes com Síndrome de Down apresentam entre outras características físicas, baixa estatura, obesidade, cabeça pequena com os ossos occipitais achatados (braquicefalia), pescoço curto e grosso, fissura palpebral oblíqua, olhos amendoados, mãos largas e curtas com dedos igualmente curtos e hipotonia muscular (Boj, 2004; Toledo, 2005).

## 2. Manifestações Clínicas Oraís

### 1. Doença Periodontal

As pessoas com Síndrome de Down possuem uma maior prevalência de doença periodontal em relação à população em geral e a outros pacientes com deficiências (Reuland, *cit.in* Kaye et al., 2005), sendo apontados os distúrbios no sistema imunitário como um dos factores responsáveis (Chung et al., 2004).

A doença periodontal é quase um achado universal nestes pacientes, tendo uma incidência maior do que 90%. Os incisivos inferiores acabam por ser os mais afectados, sendo perdidos numa idade precoce (White, 1981).

Um estudo realizado por López-Pérez et al. (2002) demonstra que o maior problema dos indivíduos com S.Down é a doença periodontal, não se verificando, no entanto, diferenças significativas no que diz respeito à severidade da periodontite. O mesmo não acontece na severidade da gengivite, onde diferenças significativas foram encontradas em relação ao grupo de controlo, constituído por indivíduos saudáveis. Embora a presença de cálculo fosse, em geral, mais baixa no grupo de estudo, foi possível definir uma relação moderada entre a acumulação de placa bacteriana e a severidade da gengivite. Apenas uma fraca associação foi observada entre o nível de higiene oral e a severidade da doença periodontal, onde o primeiro foi considerado razoável e adequado em ambos os grupos.

As manifestações orais da leucemia aguda, condição sistémica frequente nestes indivíduos, incluem hemorragia gengival espontânea e lesões orais de carácter persistente (Seagriff-Curtin et al., 2006).

Cheng et al. (2007) estudou uma amostra de 65 indivíduos com Síndrome de Down, entre os 17 e os 42 anos, na qual observou uma pior condição periodontal do que no grupo de controlo. Diferenças significativas foram encontradas entre os grupos de estudo e de controlo para a hemorragia gengival, para a percentagem de placa bacteriana e, conseqüentemente, para a doença periodontal.

A elevada prevalência e a severidade da doença periodontal nos indivíduos com Síndrome de Down pode ser atribuída a factores locais, tais como a inadequada higiene oral, a respiração bucal, a morfologia dentária, a composição microbiológica da placa bacteriana e a presença de Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda (GUNA); bem como a factores sistémicos, que traduzem um distúrbio na imunidade, como a disfunção dos neutrófilos (fagocitose, quimiotaxia), o aumento da produção de mediadores inflamatórios e enzimas proteolíticas e a hiper-inervação da gengiva (Morgan, 2007)

## ***2. Lesões de Cárie Dentária***

Uma menor incidência de cáries é observada nesta população, atribuída a diversos factores, como o aumento da capacidade tampão da saliva e a tendência de muitos destes pacientes para o bruxismo, uma vez que as superfícies oclusais mais susceptíveis se encontram lisas e desgastadas. Entretanto, quando os factores de risco para a doença cárie se sobrepõem ao resto, são os sulcos e as fissuras dentárias as regiões mais afectadas (Guedes-Pinto, 2003).

Um estudo realizado na Irlanda demonstra que as crianças com S.Down possuíam uma maior prevalência de má-oclusão severa e uma prevalência menor de cárie dentária, comparativamente a crianças saudáveis e às que possuíam outras deficiências (Bradley e McAlister, 2004).

A baixa prevalência de cárie nestes pacientes pode ser atribuída ao atraso da erupção dentária, ao aumento de espaço inter-dentário e diferenças na composição química da saliva (Morinushi, *cit in* Bradley e McAlister, 2004).

Cheng et al. (2007) realizou um estudo em indivíduos chineses com S.Down, entre os 17 e os 42 anos, onde observou uma menor incidência de dentes cariados e restaurados, comparativamente ao grupo de controlo.

### ***3. Anomalias Dentárias***

As anomalias dentárias mais comumente exibidas nos indivíduos com S.Down são as variações no número e morfologia dentária, ocorrendo erupção dentária tardia, existência de dentes supranumerários, apinhamento dentário e inclusão da dentição primária. (Boj, 2004; Seagriff-Curtin et al., 2006).

A presença de hipodontia ou oligodontia, de dentes conóides, microdentes, hipocalcificação do esmalte, fusão e geminação são achados clínicos frequentes, verificando-se um aumento da coroa clínica dos molares e a inclinação da face oclusal para lingual, o que algumas vezes pode dificultar o acesso aos procedimentos restauradores (Guedes-Pinto, 2003).

A incidência de agenesia de dentes permanentes ocorre em cerca de 23 a 47% dos casos, nomeadamente dos terceiros molares, dos segundos pré-molares e dos incisivos laterais superiores. Juntamente com as anomalias na morfologia dentária, a microdontia é bastante frequente nestes pacientes (White, 1981).

Entre os 65 indivíduos com S.Down, entre os 17 e os 42 anos, 15% ainda mantinham a dentição primária, indicando problemas de agenesia, de inclusão e retenção dentária, excluindo os terceiros molares. As alterações na morfologia da coroa dentária foram igualmente observadas numa percentagem considerável, onde cerca de 32% dos indivíduos apresentavam incisivos laterais superiores em forma de cavilha (Cheng et al., 2007).

### ***4. Anomalias Dento-Faciais e Má Oclusão***

As pessoas com S.Down exibem anomalias oro-faciais características, tais como um subdesenvolvido terço médio facial, resultando numa maxila hipoplásica, no prognatismo mandibular e conseqüentemente na respiração bucal (Hennequin et al., *cit.in* Morgan, 2007).

Nestes pacientes são mais frequentes as más-oclusões de mordida cruzada posterior lateral ou bilateral (devido ao maxilar superior mais pequeno), Classe III de Angle, mordida aberta anterior, linguoversão dos incisivos superiores e sobremordida horizontal mandibular aumentada (overjet) (Boj, 2004; White, 1981).

### ***5. Respiração Bucal***

A respiração bucal reduz a quantidade de saliva e por sua vez a sua acção protectora, encorajando a acumulação de placa bacteriana e desidratando o tecido gengival, o que contribui para a diminuição da resistência a infecções, podendo levar à doença periodontal (Falkie, *cit. in* Morgan, 2007).

Outras manifestações orais podem ser referidas, como o facto de a cavidade oral ser pequena, fazendo desproporcionadas as dimensões da língua, o que não significa que a verdadeira macroglossia possa ocorrer. A altura do palato parece ilusoriamente aumentada, quando na verdade são os arcos do palato a possuir largura insuficiente (White, 1981).

### **iii Autismo**

No que diz respeito a pacientes portadores de necessidades especiais, o distúrbio comportamental mais importante é o autismo, devido à severidade do seu quadro, impedindo ou dificultando o atendimento no consultório dentário (Guedes-Pinto, 2003).

O autismo foi descrito pela primeira vez em 1943, por Léo Kranner. Consiste numa síndrome caracterizada por desvios nas áreas da relação interpessoal, linguagem, comunicação e comportamento, tratando-se, assim, de uma condição crónica, cujas manifestações variam com a idade do paciente (Klatchoian, 2002).

A prevalência do autismo é cerca de dois a seis casos por cada 1.000 nascimentos, sendo mais comum no género masculino. Contudo, o género feminino é mais susceptível de demonstrar graus mais severos de défice cognitivo (Monroy e Fonseca, 2006).

O autismo é a segunda causa mais frequente de deficiência mental, depois da Síndrome de Down. A sua etiologia é actualmente desconhecida, atribuindo-se mais provavelmente a factores pré-natais, como anomalias cromossómicas e infecções virais intra-uterinas. A alteração cromossómica mais especificamente descrita nestes indivíduos é a Síndrome do X-Frágil, que consiste numa anomalia ligada ao cromossoma X (Guedes-Pinto, 2003; Klatchoian, 2002).

Este distúrbio neurológico causa incapacidade no desenvolvimento mental e emocional, não tem cura e manifesta-se nos 3 primeiros anos de vida. O seu diagnóstico torna-se mais favorável quando há o desenvolvimento da linguagem, aos 5 anos de idade. (Darby, 1998).

A maioria das crianças autistas não desenvolve contacto físico, verbal e visual com os demais. Aproximadamente 80% apresentam défice cognitivo, profundo em mais de 50% dos casos. Por outro lado é de destacar as suas capacidades extraordinárias de memorização e, quando o défice cognitivo não está presente, o coeficiente de inteligência pode situar-se acima da média (Boj, 2004).

### **1. Manifestações Clínicas Sistémicas**

A criança autista apresenta um comportamento fora do habitual, não reagindo a estímulos do seu meio, nem estabelecendo contacto dinâmico com os seus progenitores e restantes elementos que a rodeiam (Guedes-Pinto, 2003).

Os indivíduos com esta patologia apresentam inúmeras condições patológicas médicas e comportamentais que, na maioria das vezes, condicionam o tratamento médico-dentário. Frequentemente apresentam hipotonia muscular, má coordenação motora, espasmos involuntários e hiperactivos do joelho e estrabismo. (Avery et al., 2000).

A criança autista é incapaz de estabelecer relações sociais e de perceber os sentimentos dos que a rodeiam, encontrando-se insensível muitas vezes até à própria dor. Comportamentos agressivos e auto-destrutivos podem existir, juntamente com

obsessões relativas a rotinas, ambientes e objectos. Apenas em 50% dos casos a criança é capaz do uso de linguagem verbal. (Darby, 1998).

A epilepsia está presente em cerca de 30% dos pacientes, onde a maioria sofre dois ou mais ataques epilépticos por dia (Friedlander et al., 2006).

## **2. Manifestações Clínicas Orais**

Segundo Darby (1998), não existe nenhuma patologia oral exclusiva dos pacientes com autismo.

Kopycka-Kedzierawsky e Auinger (2008) estudaram um grupo de crianças autistas americanas onde observaram um estado de saúde oral em piores condições do que crianças saudáveis.

A presença de nódos negros, de feridas na zona da cabeça e face, bem como de úlceras no interior da cavidade oral são manifestações que resultam na maioria das vezes dos comportamentos destrutivos e de auto-mutilação destes pacientes. Contudo, são manifestações sempre dignas de registo e de investigação (Friedlander et al., 2006).

### ***1. Doença Periodontal***

Shapira et al. (*cit.in* Guedes-Pinto, 2003) avaliou a saúde oral de crianças com autismo, comparativamente a crianças esquizofrénicas, e observou a uma maior presença de problemas periodontais, sendo que o índice de cárie era mais baixo.

### ***2. Lesões de Cárie Dentária***

Devido às rotinas restritas, associadas à preferência por alimentos doces, de consistência mole, e à má coordenação da língua, a susceptibilidade para a cárie dentária é maior nestes pacientes (Avery et al., 2000).

A educação dos pais e responsáveis por crianças autistas para a importância da manutenção de uma boa saúde oral é altamente recomendada, uma vez que a existência de cáries dentárias e a sua progressão serão mais facilmente evitadas (Kopycka-Kedzierawsky e Auinger, 2008).

Contrariamente a vários estudos realizados, Namal et al. (2007) observaram uma menor prevalência de cárie dentária em crianças autistas, comparativamente ao grupo de controlo, formado por crianças saudáveis, uma vez que os seus pais e educadores controlavam o consumo de doces e a regularidade dos hábitos de higiene oral. Além da menor prevalência de cárie dentária, foi observada nestes pacientes a preferência pela extracção dentária, como tratamento preventivo, contribuindo para um maior número de dentes ausentes e menor de dentes restaurados. Este facto deveu-se, provavelmente, às dificuldades no controlo do comportamento de crianças autistas, no consultório dentário.

### ***3. Bruxismo e Erosão Dentária***

Um estudo realizado por Kopycka-Kedzierawsky e Auinger (2008) compara crianças com e sem autismo, demonstrando que as primeiras eram mais susceptíveis ao bruxismo (32% vs 6%) bem como a problemas de higiene oral (13% vs 4%). A existência de cáries e de má-oclusão dentária foram igualmente evidenciadas no primeiro grupo.

Alguns gastroenterologistas têm notado a presença de refluxo esofágico em crianças portadoras de autismo. Assim, torna-se provável encontrar nestes pacientes lesões não cariosas como a erosão dentária, causadas pela regurgitação da comida e pelo ácido estomacal que chega até à cavidade oral (Horvath e Perman, *cit.in* Friedlander et al., 2006).

Um estudo de um caso severo de bruxismo, numa criança autista, demonstra que a aplicação de toxina botulínica tipo-A, injectada em cada masseter, reduz significativamente a frequência e severidade desta condição, prolongando-se o seu efeito até dois meses, com mínimas reacções adversas (Monroy e Fonseca, 2006).

#### ***4. Outras Manifestações Clínicas Oraís***

Antidepressivos, como a fluoxetina e a sertralina, são medicamentos por vezes usados nestes pacientes, cujos efeitos secundários se podem manifestar na cavidade oral, como a xerostomia, presente em 18% dos casos, disgeusia, caracterizada pela alteração do paladar, estomatite e glossite. O uso de fluoxetina está também associado a um risco aumentado de desenvolvimento de movimentos orais e faciais, involuntários, durante o tratamento dentário (Friedlander et al., 2006).

#### **iv Défice cognitivo**

O défice cognitivo, muitas vezes designado como atraso mental, é uma designação que se aplica a pessoas com desenvolvimento intelectual muito mais baixo do que o normal, cujo coeficiente de inteligência se situa próximo ou inferior de 70 e cuja habilidade de adaptação ao meio é conseqüentemente limitada (Boj, 2004).

O grau de défice cognitivo varia desde suave, moderado e severo, sendo que neste último os indivíduos se encontram quase sempre institucionalizados, devido às necessidades especiais originadas pela elevada incapacidade intelectual. O grau suave encontra-se presente em 80 a 89% dos casos e equivale à idade biológica de uma criança de 8 a 11 anos (Avery et al., 2000; Boundy e Reynolds, 1977).

Quanto à etiologia, esta só é conhecida em cerca de 25% dos casos, 12% de causa adquirida e 13% de causa genética. Infecções, trauma por agentes físicos ou químicos, anomalias cromossómicas, distúrbios no metabolismo, na nutrição e produzidos durante a gestação, são causas hipotéticas da ocorrência desta patologia (Darby, 1998).

Os pacientes com défice cognitivo, mesmo que ligeiro, necessitam de programas de prevenção e da cooperação de todos aqueles que os rodeiam para a manutenção da sua saúde oral (Gabre e Gahnberg, 1997).

## **1. Manifestações Clínicas Gerais**

Dependendo da etiologia são vários os sinais e sintomas deste tipo de deficiência, onde as anomalias crânio-encefálicas, como o microencéfalo e o hidroencéfalo, as malformações e assimetria do crescimento, os distúrbios da visão, audição e aprendizagem, os atrasos gerais no desenvolvimento e a descoordenação motora podem ser as manifestações mais frequentes. A epilepsia pode igualmente ser uma manifestação a ser levada em conta nestes pacientes (Darby, 1998).

## **2. Manifestações Clínicas Orais**

Não existem manifestações orais específicas do défice cognitivo, porém várias condições patológicas podem estar associadas, devido a factores extrínsecos como inadequados hábitos dietéticos e de higiene oral, os quais conduzem, conseqüentemente, a uma pobre saúde oral (Darby, 1998).

O grau de défice mental associado às condições de vida em que estes pacientes vivem é um factor que influencia em boa medida o seu estado de saúde oral. O grau ligeiro desta deficiência permite aos indivíduos integrarem-se na sociedade, sem necessitarem de institucionalização, podendo efectuar as suas próprias escolhas livremente. Essas escolhas envolvem hábitos de higiene oral e dietéticos, os quais podem ter um impacto bem mais negativo na sua saúde oral do que nos indivíduos institucionalizados de graus mais severos (Gabre e Gahnberg, 1997).

### ***1. Doença Periodontal***

A doença periodontal é uma manifestação clínica comum nos pacientes com défice cognitivo, devido não só a uma fraca higiene oral, mas também à hiperplasia gengival causada pelos anticonvulsivantes usados no tratamento da epilepsia (White, 1981).

A falta de atenção regular por parte dos profissionais de Medicina Dentária, associada aos hábitos de risco do paciente, são responsáveis por uma elevada prevalência de doença periodontal neste tipo de pacientes (Darby, 1998).

## ***2. Má-Oclusão***

As anomalias de crescimento e craniofaciais, comuns nestes indivíduos, estão intimamente relacionadas com alta incidência de má-oclusão. O prognatismo e a micrognatia são mais prováveis de ocorrer nos indivíduos com défice cognitivo profundo (Darby, 1998; White, 1981).

## ***3. Defeitos no Esmalte e Anomalias Dentárias***

As anomalias dentárias, como a hipodontia, e a hipoplasia do esmalte são observadas em muitos dos casos que chegam aos consultórios dentários. Acontecem sobretudo nos graus mais severos ou profundos de défice cognitivo, produzidos nos períodos pré e peri-natal (Darby, 1998; Loevy, 1981).

A erupção dentária encontra-se igualmente alterada, podendo esta sofrer desvios, ser mais demorada ou então mais precoce do que o normal (White, 1981).

## ***4. Lesões de Cárie Dentária***

Uma menor prevalência de cáries tem sido observada entre os indivíduos institucionalizados com défice cognitivo, comparativamente aos não institucionalizados e à restante população (Shapira et al., 1998).

Num estudo realizado por Gabre e Gahnberg (1997) verificou-se que os pacientes com moderado ou severo défice cognitivo apresentavam uma menor incidência e prevalência de cárie comparativamente a pacientes com ligeiro défice mental. Estes resultados devem-se, não só ao facto dos pacientes com ligeiro défice possuírem uma maior autonomia nos procedimentos de higiene oral, mas também de não serem auxiliados nesses procedimentos, vivendo ou não em instituições.

## v Epilepsia

A palavra epilepsia deriva do grego “epilambanein”, que significa ter uma convulsão ou um distúrbio convulsivo. A medicina moderna define epilepsia como um distúrbio neurológico crónico, caracterizado por recorrentes episódios convulsivos. Cerca de 70% dos casos não possuem uma causa específica para a ocorrência destas manifestações (Jacobsen e Eden, 2008).

Descargas eléctricas intensas, de alta frequência, irregulares e de curta duração são constatadas pelo electroencefalograma (EEG). A prevalência é maior nas regiões mais afectadas por lesões cerebrais, provocadas por infecções do SNC, traumatismos crâneo-encefálicos, alterações metabólicas ou alterações genéticas (Guedes-Pinto, 2003).

A epilepsia ocorre em ambos os géneros e pode surgir em qualquer idade, em alguns casos depois dos 20 anos, no entanto o seu diagnóstico é mais frequente na infância, na adolescência ou então em idades mais avançadas (Camfield, *cit.in* Cerqueira et al., 2007; Boundy e Reynolds, 1977).

As causas da epilepsia podem ser pré-natais, como distúrbios hormonais, alterações cromossómicas, prematuridade do nascimento, infecções e intoxicações durante a gravidez; peri-natais, como anomalias no parto e anóxia; e pós-natais, como a existência de tumores, de traumatismos crâneo-encefálicos, de febres prolongadas, de infecções parasitárias ou de intoxicação por agentes como o álcool e drogas (Darby, 1998).

### **1. Manifestações Clínicas Gerais**

Os distúrbios convulsivos podem ser divididos em dois tipos: parciais, se apenas uma parte do córtex cerebral se encontra afectada pela actividade eléctrica anormal, ou generalizados, se esta envolver todo o córtex durante o distúrbio (Bryan e Sullivan, 2006).

Por sua vez, os primeiros subdividem-se em complexos e simples, dependendo se há ou não perda de consciência, respectivamente, enquanto os segundos envolvem os distúrbios tónico-clónicos, ou "grand mal"; mioclónicos (contrações musculares violentas em ambos os lados do corpo ao mesmo tempo); atónicos (perda repentina do tónus muscular com duração menor do que cinco segundos); tónicos; clónicos e ausências, ou "petit mal" (Sanders et al., 1995).

Os distúrbios convulsivos parciais simples são vários, podendo ser de ordem motora, sensorial, psicológica (surgimento de manifestações repentinas como medo, ansiedade, depressão e felicidade) ou autónoma, uma vez que provocam alterações no sistema nervoso autónomo, nomeadamente nas frequências cardíaca e respiratória. A aura precede este tipo de distúrbio, caracterizando-se pelo surgimento de sensações auditivas e olfactivas peculiares, bem como tonturas e náuseas. A sua duração pode variar de um a vários segundos (Darby, 1998; Jacobsen e Eden, 2008).

Nas manifestações tónico-clónicas ("grand mal") o paciente pode sofrer um leque variado de sintomas, entre os quais: perda de consciência, interrupção da respiração, com dilatação das pupilas, aura, perda de controlo da bexiga e intestinos, letargia e desorientação, contrações contínuas dos músculos voluntários (movimentos tónicos) assim como alternância entre contração e relaxamento muscular (movimentos clónicos). Estes distúrbios convulsivos podem surgir a qualquer altura do dia, inclusive durante o sono, tendo como duração dois a cinco minutos (Bryan e Sullivan, 2006).

O estado de ausência generalizada ("petit mal"), menos grave do que o anterior, dura cerca de três a vinte segundos e tem como principais manifestações a alteração passageira de consciência, movimentos involuntários da cabeça, extremidades e olhos. O "petit mal" é o distúrbio convulsivo mais comum em crianças com epilepsia, entre os quatro e os catorze anos de idade, (Bryan e Sullivan, 2006).

O estado epiléptico designa a ocorrência de convulsões que, pelo seu carácter contínuo, duram mais de cinco minutos, ou surgem em séries de três ou mais, sem que durante todo esse tempo a consciência não seja recuperada. Pela sua gravidade, este estado constitui uma situação de emergência que pode levar à morte (Jacobsen e Eden, 2008).

## **2. Manifestações Clínicas Oraís**

Em quase todos os aspectos da saúde oral a condição dos pacientes com epilepsia é significativamente pior do que a restante população, sobretudo se a patologia não se encontrar devidamente controlada e se as suas principais manifestações forem tónico-clónicas (Bryan e Sullivan, 2006).

Não existem factores intrínsecos nos transtornos convulsivos que promovam maiores incidências de cárie dentária e doença periodontal. Contudo, factores externos como medicações anticonvulsivantes e a ausência de hábitos adequados de higiene oral podem propiciar o aparecimento destas patologias (White, 1981).

Estudos de Karolyhazy (*cit.in* Aragon e Burneo, 2007) demonstram que o número de peças dentárias cariadas e ausentes, os índices periodontais, bem como o grau de abrasão dentária são bastante maiores nestes pacientes, onde se observa a presença de um menor número de restaurações e de outros tratamentos médico-dentários.

### ***1. Hiperplasia Gengival e Doença Periodontal***

Os problemas dentários referentes dos pacientes com epilepsia relacionam-se geralmente com a hiperplasia gengival e mais tarde com a doença periodontal, causadas pelo uso continuado de fármacos anticonvulsivantes, como a Difenilidantoína, e por uma pobre higiene oral (Sanders et al., 1995).

Cerca de 50% dos pacientes que iniciam uma terapêutica anticonvulsivante desenvolvem hiperplasia gengival ao fim de 12 a 24 meses, a qual vai interferir não só com a estética oral, como também com o conforto e a actividade funcional. Uma excelente higiene oral e uma rigorosa rotina de controlo de placa bacteriana provavelmente prevenirão o agravamento da situação e ajudarão a diminuir a severidade da condição presente (Aragon e Burneo, 2007).

A hiperplasia gengival afecta maioritariamente as zonas anteriores vestibulares, evitando áreas edêntulas. A gengiva hiperplásica adquire o aspecto fibroso, róseo e

pálido, sendo responsável muitas vezes pela má posição dentária, por atrasos eruptivos, pelo início de cáries oclusais e cervicais, pela halitose, bem como por problemas periodontais, agravados pela retenção alimentar e pela respiração bucal (Darby, 1998; Sanders et al., 1995).

## ***2. Trauma Orofacial***

As fracturas dentárias e o trauma dos tecidos duros e moles são consequências reais de um distúrbio convulsivo crónico, como a epilepsia, daí que estes pacientes tenham a tendência para permanecer edêntulos precocemente (Aragon e Burneo, 2007).

A língua, os lábios, as peças dentárias, a mucosa oral e as estruturas ósseas faciais são as regiões mais susceptíveis e mais frequentemente traumatizadas durante um transtorno convulsivo (Darby, 1998).

Um estudo realizado por Cerqueira et al. (2007), num adolescente epiléptico com lesões linguais severas, demonstra que o uso de uma goteira de silicone não só protege a língua de novas e recorrentes mordidas, como ajuda e promove a sua cicatrização em poucos meses.

O trauma dentário nas situações de “grand mal”, ou distúrbios tónico-clónicos, pode igualmente ser o resultado directo da agressividade de objectos como blocos de mordida ou depressores linguais, usados no sentido de evitar o dano da língua, lábios e mucosa jugal (White, 1981).

As medicações anticonvulsivantes responsabilizam-se não só por alterações gengivais, mas também por um aumentado risco de fractura dentária, uma vez que a sua função indutora de certas enzimas leva a que o metabolismo da vitamina D seja alterado, podendo conduzir a situações de osteopenia e osteomalacia (Aragon e Burneo, 2007).

Em casos de maior gravidade, em que o paciente possui uma deficiência profunda, a extracção dentária é a única solução para os repetidos traumas das estruturas orais (Cerqueira et al., 2007).

## ***2. Relação Médico Dentista – Paciente com deficiência mental***

A mudança das políticas sociais, nas últimas décadas, e a transformação da legislação para indivíduos com deficiências intelectuais despoletaram a sua gradual desinstitucionalização, sendo cada vez maior a probabilidade de um Médico Dentista receber este tipo de pacientes no seu consultório. Ainda assim, poucos são os profissionais devidamente preparados para o atendimento médico-dentário destes pacientes, acusando não só a falta de experiência clínica, como a falta de formação e de recursos técnicos adequados (Fenton et al., 2003; Waldman et al., 2005).

A estereotipação negativa, o preconceito e as suposições têm levado os serviços médicos a adoptar atitudes negativas em relação a estes indivíduos. O clínico desinformado, que não reconhece condições mentalmente e fisicamente incapacitantes, pode-se sentir constrangido ao tratar tais pacientes, ou mesmo recusar-se a fazê-lo (Avery e McDonald, 1995; Matthews et al. *cit.in* Kaye et al., 2005).

Um estudo realizado por Hennequin et al. (2000) demonstra que as necessidades dos pacientes especiais são, na maioria das vezes, subestimadas, quer pelos seus cuidadores, quer pelos Médicos Dentistas por eles responsáveis. Enquanto os primeiros não se encontram sensibilizados para a importância de cuidados médico-dentários regulares, os segundos não se encontram disponíveis para o fazer.

Aragon e Burneo (2007) referem que as atitudes negativas dos Médicos Dentistas no tratamento de pacientes epiléticos são uma verdadeira barreira ao acesso e aquisição de cuidados de saúde oral. A falta de preparação e à-vontade na abordagem destes pacientes faz com que haja uma tendência para opções de tratamento mais simples e rápidas, o que pode explicar o facto de estes indivíduos possuírem um maior número de dentes cariados ou perdidos e um menor de obturados.

Apesar de alguns profissionais de saúde demonstrarem atitudes positivas no atendimento de pacientes com deficiência mental, não estão imunes a sentimentos como a frustração e pessimismo. A solução passa, por isso, pelo aumento da formação e

treino, de maneira a que se melhorem técnicas que o ajudem a prestar cuidados de saúde mais adequados, mantendo intactas as suas crenças e optimismo (Gill et al., 2002).

As técnicas usadas no tratamento médico-dentário destes pacientes são idênticas às habitualmente aplicadas na restante população, necessitando de ser adaptadas e não modificadas. Um tratamento eficaz implica mais uma mudança de postura e de atitude em relação à deficiência, do que técnicas específicas (Pezzementi e Fisher, 2005).

Um estudo realizado por Wolff et al. (2004) demonstra que a falta de formação universitária na abordagem deste tipo de pacientes influencia negativamente as atitudes dos estudantes de Medicina Dentária, causando-lhes falta de confiança, pouco à-vontade e limitados conhecimentos acerca das necessidades médico-dentárias desta população.

Assim, a implementação de programas específicos entre os estudantes de Medicina Dentária, que inclua o treino, experiência e familiarização com pacientes especiais, torna-se essencial na eliminação de muitas das barreiras que impedem o seu acesso a cuidados médico-dentários adequados (Pezzementi e Fisher, 2005).

Um estudo realizado por Martin et al. (2002) conclui que o medo é outra das barreiras ao acesso aos cuidados de saúde oral, fazendo com que estes pacientes os evitem. As pessoas que façam parte do seu dia-a-dia deverão, assim, motivá-los e ajudá-los a superar os seus receios.

A presença do paciente no consultório médico-dentário requer o seu consentimento para ser tratado. No caso de pacientes mentalmente incapacitados e de menores de idade, ambos impedidos legalmente de dar o seu consentimento escrito, será necessária para o efeito a assinatura dos seus pais, tutores ou responsáveis (Romer e Filanova, 2006).

O sucesso da abordagem médico-dentária de crianças e adolescentes com deficiências mentais está, também, dependente da existência de uma harmoniosa relação entre os pais, ou responsáveis pelo paciente, e o Médico Dentista. A presença dos primeiros na consulta parece reduzir a ansiedade destes pacientes e, conseqüentemente, aumentar a sua cooperação (Friedlander, 2005).

Os participantes de um estudo realizado por Kaye et al. (2005), pais e/ou cuidadores de pacientes com Síndrome de Down, foram claros em relação às qualidades mais desejadas no Médico Dentista. Consideraram imperativas a boa comunicação (a qual inclui o envolvimento directo do paciente na conversação), a gentileza, a paciência, a simpatia e a clareza no fornecimento de informação antes de qualquer tratamento.

Grant et al. (2004) considera fundamental a flexibilidade e compreensão do Médico Dentista na conquista da confiança do paciente. Outro facto a ser considerado é a necessidade de equilíbrio emocional do profissional frente ao atendimento de crianças especiais. O seu autocontrolo e tranquilidade assegurarão a abordagem adequada ao paciente, condição necessária ao êxito do tratamento e à manutenção da saúde oral (Toledo, 2005).

O estabelecimento da afinidade Médico Dentista - paciente e a redução da ansiedade deste último podem depender de procedimentos como: familiarizar o paciente e os seus responsáveis com o ambiente do consultório; usar uma linguagem simples e calma; dar somente uma instrução de cada vez, reforçando positivamente atitudes adequadas; ter atenção a todas as tentativas de comunicação por parte do paciente e evoluir gradualmente de procedimentos simples para mais complexos (Avery et al., 2000).

Entre tantas áreas, a Medicina Dentária acaba, muitas vezes, por ficar em último plano, levando o paciente a faltar às consultas marcadas. A repetição deste facto pode fazer com que o Médico Dentista se mostre indisponível para a marcação de uma próxima consulta, afectando a longo-prazo a saúde oral da criança (Hallberg e Klingberg, 2005).

Uma forma de evitar esta situação é a interacção entre Medicina Dentária e as restantes áreas de saúde que envolvam o quotidiano do paciente, favorecendo-se a existência de equipas multidisciplinares, com profissionais que se auto-suportem. Estes são essenciais na prevenção de patologias orais e, conseqüentemente, no bem-estar geral do paciente (Cerqueira et al., 2007; Hallberg e Klingberg, 2005).

As abordagens multidisciplinares e a cooperação entre profissionais de saúde não só beneficiarão os pacientes com necessidades especiais, como também o “staff” do

consultório médico-dentário. A existência de pessoal qualificado e confortável na abordagem destes pacientes é um componente fundamental na equipa que acompanha o Médico Dentista, quer no estabelecimento de uma relação positiva com o paciente, quer no alcance de sucessos terapêuticos (Dao et al., 2005; Pilebro e Bäckman, 2005).

Segundo a Lei sobre a Discriminação dos Portadores de Deficiência (“Disability Discrimination Act”), criada no Reino Unido em 1995, todos os prestadores de serviços, incluindo os Médicos Dentistas, devem tratar os pacientes portadores de deficiência da mesma maneira com que tratam a restante população, evitando atitudes discriminatórias e efectuando sucessivos ajustes para que o acesso a esses serviços seja facilitado a quem mais necessita (Merry e Edwards, 2002).

Os indivíduos portadores de necessidades especiais têm o direito de serem tratados da mesma forma e de possuírem as mesmas oportunidades que a restante população. Embora a idade, os problemas de comportamento e as condições intrínsecas do paciente especial influenciem negativamente a sua abordagem médico-dentária, todos possuem o direito de acesso à mesma qualidade de cuidados de saúde (Hallberg et al., 2004; Kaye et al., 2005; Shapira et al., 1998).

Não há na Ordem dos Médicos Dentistas um registo sistemático dos profissionais que se dediquem exclusivamente à assistência destes pacientes, embora haja o conhecimento de alguns profissionais que possuam horários especiais para o efeito e mantenham protocolos com instituições privadas (Revista Saúde Oral, 2001).

Actualmente, defende-se em Portugal a integração de Médicos Dentistas em unidades hospitalares com consultas de atendimento especial. Desta forma, não só se eliminariam disparidades a nível do acesso a cuidados de saúde oral, como se contribuiria para uma melhor qualidade de vida entre os membros desta população especial (Dao et al., 2005; Revista Saúde Oral, 2001).

### ***3. Medicina Dentária preventiva em pacientes com deficiência mental***

A Medicina Dentária Preventiva marca uma nova era na Saúde, enfatizando medidas que reduzam a acumulação de placa bacteriana e a incidência de cárie, bem como aquelas que conservem e preservem as estruturas dentárias (Yeganegi e Tandon, 2008).

À semelhança da restante população, os indivíduos com deficiências vivem cada vez mais, o que provoca uma maior incidência de patologias crónicas e uma maior necessidade de terapias eficazes. As interações medicamentosas tornam-se frequentes, repercutindo-se, muitas vezes, na cavidade oral. Nestas circunstâncias, a importância da promoção da saúde oral e da prevenção de doenças, como a cárie dentária e a doença periodontal, torna-se fundamental (Fenton et al., 2003).

Estudos demonstram o impacto de uma pobre higiene oral no estado de saúde geral, associando esta com o aparecimento de patologias sistémicas, como a infecção pulmonar que, se não tratada e prevenida precocemente, pode levar a doença pulmonar crónica (Fenton et al., 2003).

Os indivíduos com deficiência mental deveriam, por isso, aceder à mesma qualidade de cuidados médico-dentários preventivos que a restante população. Entretanto isto não se verifica, denotando-se uma grande dificuldade na obtenção de tratamentos que satisfaçam adequadamente as suas necessidades (Hernández et al., 2007)

Estas não devem ser subestimadas pelo Médico Dentista, ao qual é incumbida, não só a formulação de um programa preventivo individualizado, como a instrução dos pais e/ou cuidadores na sua adequada aplicação. Para ser eficaz, esse programa deve ser prático, simples e de baixo custo, baseando-se na total cooperação entre profissional, paciente e seus responsáveis (González e Wilson, 2006; Stiefel, 2002).

O papel dos cuidadores destes pacientes é fundamental na motivação e aquisição de aptidões para uma adequada higiene oral. Assim, a promoção da saúde oral torna-se tão importante nos pacientes, como perante os seus responsáveis (Grant et al., 2004; Vázquez et al. (2002).

Apesar de a maioria dos pacientes deficientes ser observada bianualmente, para profilaxia profissional, exames e aplicações tópicas de flúor, muitos beneficiarão com a redução do intervalo entre consultas para 2 a 4 meses, sobretudo aqueles que ainda se encontrarem institucionalizados. As orientações em relação à dieta alimentar e à higiene oral, bem como o tratamento periodontal são fundamentais (Christensen, 2005; Guedes-Pinto, 2003).

A aprendizagem de habilidades e a conquista de aptidões faz parte do que define a inteligência do ser humano. Os pacientes com deficiência mental são igualmente capazes de aprender técnicas de higiene oral tal como todas as outras, no entanto, o tempo que demoram a adquiri-las é maior (Grant et al., 2004).

A pedagogia visual é uma valiosa ferramenta para este efeito, quer na escola, no consultório médico-dentário ou mesmo em casa (Pilebro e Bäckman, 2005). Um estudo realizado em 50 destas crianças demonstra que a realização de um programa de ensino e motivação para a higiene oral reduziu significativamente o índice de placa bacteriana. Deste programa fizeram parte palestras educativas, auxiliadas por recursos audiovisuais, macromodelos, macroescovas e jogos educativos, assim como a revelação de placa bacteriana e escovagem dentária supervisionada (Oliveira et al., 2004).

## **i Higiene Oral**

Os cuidados diários em casa são os que contribuem mais decisivamente para a saúde oral dos pacientes especiais. A higiene oral é um hábito elementar no dia-a-dia, devendo ser introduzido, à semelhança da restante população, o mais cedo possível (Revista Saúde Oral, 2001).

A razão mais óbvia para uma pobre higiene oral em indivíduos com deficiência mental é a ausência de competências físicas para a higienização adequada dos seus dentes. A remoção mecânica de placa bacteriana, através da escovagem dentária, exige não só destreza física mas também a compreensão do propósito desta acção, características que, na maioria dos casos, estão ausentes nestes pacientes (Yeganegi e Tandon, 2008).

A escovagem dentária continua a ser o meio mais eficaz para manter a higiene oral e deve estar incluída em todos os programas preventivos. Nos casos em que o paciente compreenda a importância deste procedimento, o seu grau de incapacidade determinará se será capaz de escovar os seus próprios dentes. O treino é essencial, ainda que seja necessária a modificação da anatomia das escovas, adaptando-as às necessidades dos seus portadores (González e Wilson, 2006; Harris e Garcia-Godoy, 2004).

As escovas eléctricas são uma opção igualmente viável para os pacientes que efectuem a sua própria higiene oral, embora o primeiro contacto possa não ser positivo, devido ao ruído e vibração emitidos, sobretudo para os que sofram de autismo (Revista Saúde Oral, 2001).

O uso regular de fio dentário, mediante dispositivos adaptados, e a limpeza da língua estão indicados nos pacientes capazes de auto-escovagem. Por vezes é necessário que esta seja assistida por um adulto. De qualquer das formas, há que incentivar a independência total ou relativa da criança, ou jovem deficiente, ainda que para tal seja necessária a ajuda e supervisão dos seus cuidadores (Christensen, 2005).

A massagem gengival é aconselhada sempre que exista inflamação e/ou hiperplasia gengival, segundo movimentos circulares. Efectuada através de compressas, dedeiras ou borrachas com escova, a massagem pode incluir, quando medicamente indicado, gel de clorohexidina (DGS, 2002).

## **ii Controlo químico da placa bacteriana**

Tem sido sugerido que um regime que inclua Clorohexidina (na pasta dentífrica, em gel ou em forma de verniz) pode ser bastante benéfico na redução de placa bacteriana, compensando a inadequada escovagem dentária demonstrada por muitos pacientes com deficiência mental (Nunn, *cit. in* Morgan, 2007).

A Clorohexidina é um antisséptico relativamente seguro, de fácil aplicação e altamente eficaz na redução da placa bacteriana, especialmente na eliminação de *Streptococcus mutans* na saliva e na placa (se for aplicada sob a forma de verniz). Entretanto, serão

ainda necessários novos estudos acerca da sua acção farmacológica, concentração adequada, toxicidade e efeitos laterais, pelo que, de qualquer modo, o uso de compostos químicos no controlo da placa continua a ser restrito a situações em que haja dificuldade na higienização mecânica (Toledo, 2005).

Os cimentos de Ionómero de Vidro são conhecidos pelas suas propriedades anti-placa, prevenindo a desmineralização dos tecidos dentários onde são aplicados, mesmo quando o risco de cárie é elevado. Um estudo de Yeganegi e Tandon (2008), em 100 indivíduos entre os 7 e 25 anos, demonstra uma nítida redução de placa bacteriana nas superfícies dentárias restauradas com este material, concluindo-se que o seu uso enquadra-se perfeitamente no âmbito da Medicina Dentária Preventiva.

### **iii Aplicação de flúor**

O uso de pastas dentífricas fluoretadas constitui uma medida importante de aplicação de flúor tópico. As pastas com alto teor de flúor (5000ppm) mostram-se benéficas nos pacientes com maiores exigências preventivas. Contudo, não deverão ser aplicadas em crianças dos 4 aos 8 anos, uma vez que ainda não houve uma maturação completa do esmalte (Christensen, 2005).

A aplicação de verniz de flúor é outro dos métodos preventivos a ser utilizado, cuja praticidade e eficácia permitem uma actuação mais duradoura e uma maior tolerância por parte do paciente (Harris e Garcia-Godoy, 2004).

A utilização de diversos métodos de aplicação de flúor tópico depende da tolerância e das limitações que o paciente apresentar. Em casos de problemas graves de coordenação motora e deficiência mental, substituem-se os bochechos com soluções fluoretadas por moldeiras com gel fluoretado, aplicadas pelo profissional (Toledo, 2005).

### **iv Controlo da dieta**

A dieta é essencial em qualquer programa preventivo e deve ser avaliada com os pais ou responsáveis do paciente mentalmente incapacitado, uma vez que cada caso em

particular necessitará de uma dieta com características próprias, adaptadas às necessidades manifestadas (González e Wilson, 2006).

A alimentação do paciente especial deve ser nutritiva, evitando-se a ingestão de produtos pastosos e ricos em açúcares. Os horários das refeições devem ser cuidadosamente estabelecidos e postos em prática. Se estes pacientes apresentarem dificuldades na mastigação, as dietas líquidas e semi-líquidas serão as ideais (Revista Saúde Oral, 2001).

Na tentativa de superar as frustrações causadas pela deficiência da criança, observa-se frequentemente o uso de doces, no intervalo das refeições, como forma de afecto e compensação por parte dos seus familiares e responsáveis. O Médico Dentista deve dedicar especial atenção à quantidade e à frequência da sua ingestão, orientando os cuidadores destes pacientes para a realização de pequenas e frequentes refeições ao dia, bem como a restrição do acesso a alimentos cariogénicos (Corrêa, 1999; Harris e Garcia-Godoy, 2004).

Vázquez et al. (2002) estudou a influência de um rigoroso controlo dietético, no que diz respeito ao consumo de açúcar, em adultos com deficiência mental, institucionalizados. Independentemente da aplicação de outros programas preventivos, os autores puderam observar a eficácia daquela medida, devido à baixa prevalência de cárie registada na maioria da população.

## **v Selantes de Fissura**

Os selantes de fissura provaram reduzir eficientemente a cárie nas superfícies dentárias oclusais, sendo também apropriados para pacientes portadores de deficiências. Nos casos em que a anestesia geral seja um requisito para o tratamento médico-dentário, as fossas e fissuras dentárias devem ser restauradas com amálgama ou resinas compostas de longa duração, permitindo a prevenção de cárie dentária (Avery et al., 2000).

Pezzementi e Fisher (2005) observaram que os indivíduos com deficiência mental oriundos de estados norte-americanos mais pobres, comparativamente aos de outros

estados, possuíam um menor número de tratamentos médico-dentários efectuados, entre os quais selantes de fissura. Assim, recomendam que esta medida preventiva seja aplicada a toda a população, independentemente do seu nível sócio-económico e cultural, a favor de uma melhor qualidade de vida.

#### ***4. Técnicas de controlo de comportamento no consultório dentário.***

A compreensão das capacidades mentais dos pacientes especiais é de extrema importância na conquista da sua cooperação durante o tratamento médico-dentário. Da mesma forma que para crianças sem deficiências, deve-se tentar o condicionamento psicológico do paciente especial antes de quaisquer outros recursos. A contenção física ou química somente deve ser utilizada diante da ineficácia dos métodos psicológicos (Seagriff-Curtin et al., 2006; Toledo, 2005).

O Médico Dentista deverá ser capaz de conquistar a confiança do paciente deficiente mental através de técnicas de comunicação verbais e não verbais e de outras técnicas de controlo de comportamento alternativas, caso estas não funcionem (Darby, 1998).

Basicamente, o controlo da conduta pretende estabelecer uma boa comunicação com o paciente, o ganho da sua confiança e da dos seus cuidadores e, por fim, a criação de uma atmosfera relaxada. A maior aceitação do tratamento médico-dentário levará a que este seja efectuado da melhor maneira possível (Leache et al., 1995).

Existem outros métodos que lentamente vão adquirindo uma maior aceitação, como as técnicas de relaxamento, a hipnose, a aromaterapia, a musicoterapia e até a acupunctura (Boj et al., 2004).

##### **i Técnicas de Comunicação**

O primeiro objectivo para uma abordagem bem sucedida do paciente especial é o estabelecimento de técnicas de comunicação. O envolvimento do paciente na conversa não só permite ao profissional conhecê-lo um pouco melhor, como permite o seu relaxamento e a redução da sua ansiedade (Avery et al., 2000).

### **1. Controlo de voz**

Significa a modificação da intensidade, do timbre e do tom da própria voz, com o objectivo de dominar a relação profissional-paciente. O controlo de voz pretende desviar a atenção da criança, rejeitar o seu comportamento inaceitável, ou demonstrar com mais firmeza a presença de autoridade profissional (Klatchoian, 2002).

Mais importante é o tom de voz do que é dito em concreto. Muitas vezes a própria expressão facial, que acompanha a alteração da voz, é suficiente (Boj et al., 2004).

### **2. Linguagem pediátrica - Comunicação não verbal**

A idade mental da maioria dos pacientes com deficiência mental pode variar entre os 6 meses até aos 6 a 7 anos de idade, ainda que a sua idade biológica se situe entre os 20 e os 80 anos. Assim sendo, o profissional deve adoptar uma linguagem que se adapte ao nível de entendimento do paciente (Lawton, 2002).

Durante a conversação a linguagem deverá ser clara e sobretudo adequada à idade e capacidades mentais do paciente, sem nunca lhe mentir ou enganar. Deve-se evitar o uso de palavras que possam inspirar medo e ansiedade, substituindo-as por eufemismos, objectos ou situações familiares. (Boj et al., 2004; Leache et al., 1995).

### **3. “Dizer-Mostrar-Fazer”**

Quando existe uma deficiência mental, resultante de um distúrbio neurológico, um dos principais problemas é a pobre resposta às instruções dadas, sendo impossível a comunicação verbal. Nestes casos, a comunicação mais eficaz dá-se por meio visual, através da técnica “dizer-mostrar-fazer” (González e Wilson, 2006).

Desde a sua introdução, por Addelston, em 1959, tem-se tornado num dos pilares das técnicas de modificação de comportamento, contribuindo para uma familiarização do paciente com os instrumentos e procedimentos médico-dentários e, por consequência, reduzindo o seu medo e ansiedade (Klatchoian, 2002).

A técnica “dizer-mostrar-fazer” torna-se ainda mais útil quando acompanhada de instruções curtas e claras. Procedimentos como a anestesia geral ou outros tratamentos médico-dentários que impliquem dor e sangramento contra-indicam a sua aplicação (Boj et al., 2004; Friedlander, 2005).

#### **4. Distracção**

Pode-se definir como um elemento activo que, à semelhança da linguagem pediátrica, deve surgir com naturalidade para desviar a atenção do paciente sobre um determinado procedimento, provavelmente desagradável para a sua percepção e potencial factor de ansiedade (Avery et al., 2000).

#### **ii Técnicas de modificação da conduta**

A aplicação bem sucedida das técnicas de modificação de conduta requer uma comunicação fluida entre o profissional e o paciente, bem como tempo e paciência. Por definição, consistem na modificação gradual de um comportamento individual negativo, através do estabelecimento inicial de um objectivo específico, ao qual se vão acrescentando sucessivas explicações (Leache et al., 1995).

##### **1. Reforço Positivo**

O reforço positivo é aquele cuja presença favorece o aparecimento de um comportamento adequado, podendo ser de ordem material ou social, como elogios verbais ou expressões faciais. Para ser eficaz, qualquer um destes deverá ser atribuído após a boa colaboração do paciente e nunca antes, caso contrário serão encarados como formas de suborno e não como sinais de aprovação (Boj et al., 2004; Mercado, 1996).

##### **2. Dessensibilização**

O contacto prévio do paciente com a realidade e, portanto, com as situações potencialmente stressantes, fazem com que a probabilidade de voltarem a sentir medo e ansiedade diminua. A dessensibilização sistemática é eficaz, uma vez que o paciente

aprende a substituir uma resposta emocional inapropriada, como a ansiedade, por uma mais adequada, ou, neste caso, adaptativa (Leache et al., 1995; Mercado, 1996).

### **3. Imitação**

Além da dessensibilização, esta é outra técnica utilizada em Psicologia no tratamento de fobias e temores, onde o paciente observa o tratamento médico-dentário de terceiros, apreende os seus comportamentos e mais tarde os imita. A sua utilidade é de grande valia em pacientes sem qualquer experiência médico-dentária (Boj et al., 2004).

O próprio Médico Dentista se converte num modelo de imitação para o paciente, pela postura calma e segura que deve manter e transmitir, de modo a eliminar factores que possam influenciar negativamente o ambiente (Mercado, 1996).

#### **iii Técnicas de controlo físico do comportamento**

Quando todas as outras técnicas fracassaram, a imobilização física total ou parcial parece ser um modo eficiente de conseguir lidar com pacientes que, devido a desordens neuromusculares, tenham um pobre controlo dos seus movimentos. Não são técnicas utilizadas como meio punitivo, mas sim como procedimentos clínicos para a protecção do paciente e do profissional (Avery e McDonald, 1995; Boj et al., 2004).

Em casos mais graves, a presença e auxílio dos familiares mostra-se eficaz, além de proporcionar uma maior segurança ao paciente. Contudo, a aplicação destas técnicas torna imprescindível uma explicação prévia e razoável a estes, bem como ao paciente, desde que o seu nível de entendimento o permita (Corrêa, 1999; Toledo, 2005).

#### **1. Mão-Sobre-Boca (“Hand-Over-Mouth” - HOME)**

Consiste na aplicação firme da mão do Médico Dentista sobre a boca do paciente, quando este se encontra num estado descontrolado, de forma a se obter a sua atenção e a eliminar comportamentos inapropriados de fuga. Embora a sua eficácia tenha já sido

comprovada, actualmente a sua aplicação é controversa, encontrando-se cada vez mais em desuso (Boj et al., 2004; Klatchoian, 2002).

Esta técnica possui várias restrições, pois só deverá ser usada por clínicos experientes e ainda assim em situações especiais. A sua utilização está contra-indicada em menores de 3 anos de idade e em pacientes com incapacidade mental (Leache et al., 1995).

## **2. Restrição Física**

Várias técnicas de restrição física têm sido sugeridas como auxiliares na imobilização do paciente, tais como a técnica do lençol, que restringe a movimentação dos membros; o “pacote pediátrico”, ou “Pedi-Wrap<sup>®</sup>”, permitindo o controlo dos membros; ou as correias de contenção, providas de fivelas de fibra de nylon, facilmente ajustáveis (Toledo, 2005).

Em casos de contracções involuntárias dos músculos mastigadores, em que a contenção da mandíbula é necessária, devem ser utilizados dispositivos como os blocos de mordida ou do tipo abre-bocas de Molt. Este permite o acesso ao lado oposto da cavidade oral e opera como uma tesoura inversa. As suas desvantagens, caso não seja aplicado correctamente, incluem a possibilidade de lacerações no lábio e palato e luxação de dentes (Avery e McDonald, 1995).

O correcto e seguro uso dos dispositivos de restrição física requer, não só um treino apropriado e à-vontade por parte do profissional, como também um consentimento específico dos pais ou responsáveis legais pelo paciente (Romer e Filanova, 2006).

### **iv Controlo químico do comportamento**

Em pacientes com deficiência mental o tratamento dentário deve, primariamente, ser realizado mediante a aplicação de técnicas de controlo do comportamento que preconizem a comunicação e a modificação da conduta, quando todas estas técnicas fracassarem a única solução será a sedação ou a anestesia geral (Boj et al., 2004).

Contudo, não existe um agente sedativo/anestésico ideal. Estas medidas exigem sempre, como norma de segurança, a monitorização do paciente, sendo importante, antes de as levar a cabo, uma análise detalhada acerca da possibilidade de ocorrência de complicações (Andlaw e Rock, 1989).

### **1. Sedação**

O termo sedação é uma das etapas da anestesia geral primária, em que o sistema nervoso central, embora sob o efeito de drogas sedantes, mantém o paciente num estado de vigília e consciência, acompanhado de relaxamento muscular (Corrêa, 1999).

O óxido nitroso, usado exclusivamente por via inalatória, é um dos agentes sedativos mais viáveis. Utilizado em procedimentos inferiores a 15 minutos, tem como vantagens a fácil dosagem, a ausência quase total de efeitos secundários e a fácil recuperação do paciente. Contudo, a sua utilização encontra-se contra-indicada em pacientes que apresentem lesões cerebrais, obstrução das vias respiratórias e que efectuem terapias antidepressivas (IMAO) (González e Wilson, 2006; Leache et al., 1995).

Embora a diminuição da ansiedade tenda a elevar o limiar de dor do paciente, a sedação não produz analgesia, o que faz com que a anestesia local não seja dispensada (Andlaw e Rock, 1989).

### **2. Anestesia Geral**

A anestesia geral permite ao Médico Dentista e à sua equipa efectuar uma variedade de procedimentos numa só consulta, destinados a pacientes com necessidades especiais, impossíveis de abordar em ambulatório. Para isso serão necessários equipamentos adequados e formação específica por parte do profissional, daí que muitos dos casos sejam efectuados em meio hospitalar (Friedlander et al., 2006).

### ***5. Tratamento médico-dentário adequado a cada deficiência***

Um grande número de pacientes com deficiência mental pode receber os cuidados de saúde oral no consultório médico-dentário, sendo fundamental que o profissional possua conhecimentos técnicos e científicos sobre alguns problemas que lhes estão inerentes, além de boa vontade, paciência e espírito humanitário (Toledo, 2005).

Para tratar este tipo de pacientes, o Médico Dentista jamais deve presumir o seu nível de incapacidade física ou mental sem antes efectuar uma história clínica médico-dentária minuciosa, bem como uma entrevista aos seus pais ou responsáveis antes do início de qualquer procedimento (Avery e McDonald, 1995; González e Wilson, 2006).

Um estudo realizado por Jongh et al. (2008) demonstra que um terço da amostra, constituída por crianças com deficiência mental, não institucionalizadas, nunca visitou o Médico Dentista e, por isso, nunca recebeu cuidados médico-dentários adequados.

A cooperação dos pacientes com deficiência mental durante o tratamento médico-dentário é geralmente fraca, o que faz com que o profissional opte por terapias alternativas, como a extracção dentária em vez da restauração. Daí que, em geral, o número de dentes extraídos prevaleça sobre o número de restaurados (Pezzementi e Fisher, 2005).

O tratamento médico-dentário de pacientes especiais envolve, primariamente, procedimentos como a limpeza dentária e a raspagem e alisamento radicular. O procedimento seguinte, realizado com maior frequência, é o tratamento de cáries dentárias, deixando para último plano procedimentos complexos como as reabilitações protéticas e os tratamentos endodônticos (Lawton, 2002).

Estes podem ser realizados segundo uma perspectiva preventiva, tal como as extracções dentárias, destinando-se a pacientes que, por falta de condições e cooperação, não tolerem procedimentos terapêuticos menos radicais (Hennequin et al., 2000).

## **i Paralisia Cerebral**

O grau de deficiência mental destes pacientes deve ser avaliado pelo Médico Dentista, uma vez que é um factor determinante, não só no estado de higiene oral, mas também no tratamento médico-dentário (Rodrigues dos Santos et al., 2003).

Muitos profissionais mostram-se apreensivos ao tratar pacientes com Paralisia Cerebral, o que é natural, dado que os seus movimentos ou respostas a estímulos parecem ser imprevisíveis, já para não falar na dificuldade de comunicação que demonstram (González e Wilson, 2006).

Guedes-Pinto (2003) enuncia alguns cuidados importantes no atendimento odontológico destes pacientes, começando pela estabilização da cabeça e pelo posicionamento adequado do seu corpo, em cadeiras especiais, se for necessário. O autor alerta também para a possibilidade de estímulos externos, como a luz e ruídos de instrumentos rotatórios, desencadearem reflexos motores incontroláveis. Estes pacientes cansam-se rapidamente, pelo que a duração da consulta deve ser a mais curta possível.

Se o paciente mantém, todavia, o reflexo de cerrar os dentes por estimulação oral, convém introduzir os instrumentos na cavidade oral de lado, e não de frente. Para a exploração dentária o ideal é pressionar ligeiramente o bordo anterior do ramo ascendente mandibular e o trígono retromolar, de forma a evitar que o paciente morda o dedo do profissional. O dique de borracha, usado para procedimentos restauradores, é altamente recomendado na abordagem destes pacientes (Avery e McDonald, 1995).

## **ii Síndrome de Down**

As capacidades funcionais e mentais, a habilidade e motivação para a higiene oral, as variações anatómicas e a oclusão são factores que devem ser considerados na elaboração do plano de tratamento do paciente com Síndrome de Down (Seagriff-Curtin et al, 2006).

Devido à presença, em alguns casos, de instabilidade das vértebras atlas e áxis, o Médico Dentista deve ter cuidado no tratamento destes pacientes, evitando a hiperextensão do pescoço, a fim de evitar qualquer traumatismo da medula e/ou nervos periféricos (Guedes-Pinto, 2003).

Os pacientes com S.Down demonstram uma maior susceptibilidade à infecção, maior ainda se lhes estiver associada a Síndrome de Eisenmenger, onde a probabilidade de serem atingidos pela endocardite bacteriana é muito elevada. Assim sendo, a profilaxia antibiótica será recomendada, consistindo em 2g de Amoxicilina, via oral, uma hora antes do procedimento dentário, ou 2g de Ampicilina intravenosa ou intramuscular, trinta minutos antes (Dajani et al., *cit in*. Chung et al., 2004).

Uma completa revisão da história médica do paciente e dos dados clínico-laboratoriais mais pertinentes, assim como a comunicação com o seu cardiologista são essenciais para a prevenção de complicações no consultório médico-dentário (Chung et al., 2004).

### **iii Autismo**

Os pacientes autistas possuem múltiplos problemas médicos e de comportamento que tornam o tratamento médico-dentário difícil. Este dependerá do atraso de desenvolvimento, das habilidades cognitivas e do grau de hiperactividade que apresentam (Avery e McDonald, 2000).

Os pacientes autistas tornam-se muitas vezes incapazes de cooperar no consultório médico-dentário, devido à sua aumentada sensibilidade a sons, luzes, odores e cores, bem como às elevadas dificuldades de interacção, percepção e seguimento de instruções (Pilebro e Bäckman, 2005).

A abordagem médico-dentária destes pacientes é, por isso, um processo que requer muito tempo e paciência, uma vez que, na maioria dos casos são necessárias várias visitas ao consultório antes que um tratamento concreto seja iniciado (Boj et al., 2004; Kopycka-Kedzierawsky e Auinger, 2008).

Friedlander et al. (2006) recomenda que o Médico Dentista receba o paciente autista, na sua primeira consulta, num local diferente do operatório, por exemplo na sua sala privada. Aqui será efectuada a história clínica, bem como o exame clínico possível, evitando estímulos perturbadores como a luz operatória e sons incómodos, que possam interferir com a sensibilidade, bem-estar e futura cooperação do paciente.

O ideal no tratamento médico-dentário destes pacientes é estabelecer uma rotina, relativa ao dia da consulta, do horário e do profissional, com sessões curtas de 10 a 15 minutos, onde o “dizer-mostrar-fazer”, o reforço positivo e o controlo de voz se podem mostrar como as técnicas mais eficazes de controlo do comportamento (Guedes-Pinto, 2003).

#### **iv Défice cognitivo**

O tratamento médico-dentário dirigido a estes pacientes requer uma adaptação por parte do Médico Dentista à sua maturidade social, intelectual e emocional. A inquietação, a hiperactividade e o comportamento emocional errático são características a ter em conta na abordagem destes pacientes (Avery e McDonald, 2000).

Shapira et al. (1998) considera significativa a necessidade de uma equipa Médico Dentista/Higienista altamente qualificada, treinada e experiente no que diz respeito à abordagem de indivíduos com défice cognitivo. A compreensão das condições e problemas que lhes estão inerentes é meio caminho para o sucesso de qualquer tratamento médico-dentário.

Um aspecto negativo com que o Médico-Dentista terá que lidar no tratamento médico-dentário destes pacientes é o excesso de saliva, ou sialorreia, bem como o seu carácter impaciente, intranquilo e até agressivo, devido à mudança de meio. Começando pela marcação da consulta para o início da manhã, o ideal é o uso de materiais obturadores alternativos às resinas, ou então quando houver comprometimento estético nos dentes anteriores, o uso de resinas autopolimerizáveis (González e Wilson, 2006).

## v Epilepsia

O tratamento de pacientes epiléticos é passível de ser executado de forma simples e segura em qualquer consultório, desde que o Médico Dentista se encontre devidamente informado e preparado (Aragon e Burneo, 2007; Jacobsen e Eden, 2008).

Consultas de curta duração, marcadas para o início da manhã, reduzem a probabilidade da ocorrência de um episódio convulsivo. Face a estímulos externos, como a luz e o ruído, recomenda-se que o paciente use óculos protectores com lentes coloridas ou escurecidas, bem como o controlo da luz operatória, para que esta apenas ilumine a região da boca e nunca directamente os olhos do paciente (Jacobsen e Eden, 2008).

Caso ocorra um distúrbio convulsivo durante a consulta a única coisa a fazer é permitir que o paciente termine a convulsão, adoptando-se determinados procedimentos que mantenham a sua integridade física, tais como: baixar a cadeira operatória; desimpedir o acesso às vias aéreas; afastar e remover objectos potencialmente perigosos (cunhas, grampos e matrizes); colocar o paciente em decúbito lateral, para impedir a aspiração de possíveis secreções e evitar qualquer tentativa de restrição física (Sanders et al., 1995).

Pelo menos 5 a 40% dos pacientes que utilizam o antiepilético Valproato estão sujeitos a efeitos trombocitopénicos. Assim, torna-se fundamental controlar e evitar possíveis hemorragias (Aragon e Burneo, 2007; Bryan e Sullivan, 2006).

A prótese removível não será a escolha ideal, na substituição de zonas traumatizadas edêntulas, uma vez que durante uma convulsão o risco de desadaptação e consequente aspiração é elevado (Jacobsen e Eden, 2008).

As restaurações totalmente cerâmicas podem ser uma alternativa, embora não a ideal, devido ao elevado risco de fractura, perante episódios convulsivos. Aquelas que na sua composição tiverem metal suportarão melhor as forças dos músculos mastigatórios e terão menor risco de fractura. O uso de facetas acrílicas nos dentes anteriores está igualmente indicado, pois permitirá uma reparação mais fácil em caso de fractura (Sanders et al., 1995).

## ***6. Atendimento de pacientes com necessidades especiais: uma especialidade a explorar***

“Special Care Dentistry”, ou Medicina Dentária para pacientes especiais, é um termo utilizado para descrever os requisitos de saúde oral e a prestação de tratamentos especializados a pessoas com deficiências. Estas devem possuir igualdade de acesso a cuidados médico-dentários adequados, de onde resultem melhorias no seu estado de saúde geral e bem-estar (Fiske, 2006).

A Medicina Dentária para pacientes especiais consiste na prestação de cuidados médico-dentários individualizados, àqueles que, devido a limitações de ordem médica, mental, física ou psicológica, possuam necessidades especiais (Lawton, 2002).

O Brasil foi o primeiro país do mundo, em 2001, a reconhecer esta especialidade da Medicina Dentária, devido ao aumento da população portadora de deficiências e, conseqüentemente, das suas necessidades médico-dentárias. Seguiu-se a Nova Zelândia, em 2002, o Reino Unido, em 2003, e a Austrália, em 2004/05 (Mugayar et al., 2007).

Esta especialidade não tenciona competir com as restantes, mas sim complementar a formação, quer do estudante universitário, quer do Médico Dentista, acerca dos aspectos que envolvem os cuidados de saúde oral nos pacientes com deficiência (Mugayar et al., 2007).

Em Portugal, embora se verifiquem algumas melhorias na atenção prestada e este tipo de pacientes, a situação ainda está muito longe de ser considerada como ideal. Em termos de serviço público nada está devidamente definido ou estruturado neste campo, o que faz com que esta parte da população se depare com gigantescos obstáculos no acesso a cuidados médico-dentários adequados (Revista Saúde Oral, 2001).

Apenas a saúde oral privada e as instituições igualmente privadas, como as Misericórdias, asseguram o atendimento destes pacientes. Calcula-se que mais de 60% dos portugueses portadores de necessidades especiais estejam numa situação de completa marginalização (Revista Saúde Oral, 2001).

## **7. Material e Métodos**

### **i Revisão bibliográfica**

A revisão bibliográfica necessária à elaboração desta monografia consistiu na pesquisa de artigos científicos, escritos nos últimos 10 a 12 anos, na língua Inglesa, Espanhola e Portuguesa, tendo sido efectuada entre 3 de Janeiro e 20 de Maio deste ano. Entre outras revistas, as mais utilizadas foram *Special Care in Dentistry*, *Journal of American Dental Association* e *Journal of Dentistry for Children*. A pesquisa bibliográfica passou também pela consulta de várias obras, escritas por autores como Avery e McDonald, Toledo, Klatchoian, Guedes-Pinto, entre outros. A recolha de informação acerca do tema debatido foi realizada em motores de busca como o Pub-Med, Science Direct ou Biblioteca Virtual da Universidade do Porto, usando-se as seguintes palavras-chave: *special needs, mental disability, dentist's attitudes, learning disabilities, Mental Retardation, Cerebral Palsy, Epilepsy, Autism, Down Syndrome, disabled people, special care in dentistry, oral health care for handicapped*. Além dos recursos electrónicos, a consulta física de textos, artigos e revistas foi essencial, recorrendo-se às bibliotecas da Faculdade de Medicina Dentária do Porto, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte.

### **ii Caracterização do estudo realizado**

Trata-se de um estudo observacional descritivo. O estudo é observacional, dado que o investigador não interfere no fenómeno a ser estudado, ou seja, nas atitudes dos Médicos Dentistas; descritivo porque o suporte da metodologia está na análise de frequências. Pretende ser útil no planeamento de uma eventual acção comunitária, isto é, alertar os Médicos Dentistas para a mudança de atitudes no tratamento médico-dentário de pacientes especiais, nomeadamente com deficiência mental, de forma a promover a melhoria da sua saúde oral.

### **iii População e amostra**

A amostra, efectuada por conveniência, é constituída por Médicos Dentistas de ambos os géneros que actualmente exercem a sua actividade em Portugal, essencialmente no distrito do Porto (área de localização do investigador deste estudo) e eventualmente em distritos vizinhos, como Aveiro, Braga e Viana do Castelo, entre outros do resto do país. Um total de 206 Médicos Dentistas, com idades compreendidas entre 24 e 61 anos, responderam ao questionário em anexo (anexo I).

### **iv Instrumento de registo de dados – Questionário a M. Dentistas**

Inicialmente aplicaram-se 15 questionários, como fase de teste, para possíveis alterações da sua estrutura. A sua aplicação definitiva (anexo I) ocorreu, então, no período de 4 de Fevereiro a 14 de Junho de 2008, sendo entregue em clínicas médico-dentárias do centro e arredores do Porto e V.N.Gaia. O mesmo foi disponibilizado num sítio da Internet, cuja hiperligação foi enviada via correio electrónico a alguns Médicos Dentistas (<http://www.surveymonkey.com/MySurveys.aspx>). O questionário constituiu-se por duas partes, sendo a primeira relativa aos dados sócio-demográficos dos inquiridos (género, idade, ano e local de licenciatura, número de anos de actividade profissional, distrito onde exerce, formação académica além da Licenciatura – Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento e respectivas áreas) e se efectua o atendimento médico-dentário de pacientes com necessidades especiais. A segunda parte continha 20 perguntas de escolha múltipla, com resposta baseada na escala de Likert de concordância (de 1 - “discordo completamente” a 5 - “concordo completamente”). Estas foram retiradas do artigo escrito por Bedi et al. (2001) e mais tarde traduzidas para português, onde se substituiu e adaptou o termo original “learning disabilities” por deficiência mental. Aplicou-se, por isso, uma escala de medição de atitudes, criada e utilizada pelos autores supracitados, adequando-se o seu fim para a posterior avaliação das atitudes dos Médicos Dentistas no tratamento e motivação para a higiene oral em pacientes com deficiência mental. A referida escala apresenta como valor mínimo 20 pontos e valor máximo de 100 pontos, sendo que quanto maior for o resultado obtido, mais positiva será a atitude demonstrada pelo profissional face ao tratamento de pacientes com deficiência mental.

## v Análise Estatística

A análise estatística dos dados obtidos da aplicação dos questionários foi efectuada através dos programas Excel 2003, da Microsoft®, e SPSS 16.0 (Statistic Package for Social Sciences) para Windows. Para uma melhor e mais rápida visualização da informação construíram-se gráficos e tabelas sempre que possível, contendo estas últimas as estatísticas mais relevantes (médias, medianas, frequências, mínimos, máximos, desvios-padrão e amplitude inter-quartil). A consistência interna da escala utilizada foi avaliada através do alfa de Cronbach ( $\alpha$ ). Considerou-se um nível de significância de 0,05 sempre que se efectuaram comparações utilizando testes de hipóteses. Utilizou-se o Teste t para a comparação da idade dos Médicos Dentistas por género. O teste não paramétrico Mann-Whitney foi o escolhido sempre que se verificou a ausência de normalidade na medida de tendência central. A ANOVA (análise de variância) foi utilizada para a comparação de valores médios em mais de 2 grupos, em situações em que se verificou a normalidade da distribuição e a homogeneidade de variâncias (avaliado pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov ( $n > 50$ ) ou pelo Teste de Shapiro-Wilk ( $n \leq 50$ )). Por sua vez, o Teste de Kruskal-Wallis (comparação de Medianas) foi utilizado para as situações em que a ANOVA não era aplicável. Após a ANOVA, a comparação múltipla de pares de médias foi efectuada através do Teste HDS de Tukey, utilizado, por exemplo, na relação entre os escalões etários dos Médicos Dentistas e a sua atitude no tratamento médico-dentário de pacientes com deficiência mental. Foram igualmente executados testes não paramétricos de Qui-quadrado de independência ( $\chi^2$ ) para testar a força da relação entre variáveis em estudo.

## **8. Análise dos Resultados – análise das variáveis do questionário e caracterização da amostra.**

### **i Caracterização da amostra**

A amostra deste estudo foi constituída por 206 Médicos Dentistas, de ambos os géneros, inquiridos no exercício das suas funções em Portugal, dos quais 99 são do género feminino (48%) e 107 do género masculino (52%).

A média de idades foi de 34,4 anos, sendo 24 anos a idade mínima e 61 anos a idade máxima (Tabela 1). Não foram detectadas diferenças significativas na média de idade dos Médicos Dentistas do género feminino e masculino (Teste Mann-Whitney,  $p=0,132$ ).

Cerca de 85% dos Médicos Dentistas da amostra licenciou-se no norte do país, em instituições de ensino como a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto – FMDUP (42,7%), o Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte (ISCS-N) (22,3%) e a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa – FCS-UFP (19,9%). Os restantes Médicos Dentistas licenciaram-se noutras instituições de ensino e 4% fizeram-no no estrangeiro (Gráfico 1). Cerca de 16% dos inquiridos licenciou-se em 2007, sendo que a maioria se licenciou entre 2000 e 2007 (ver Gráf. 2).

Tabela 1 – Idade (anos) dos inquiridos e sua subdivisão por género. Estatísticas mais relevantes: média ( $\pm$ desvio padrão), mediana (amplitude inter-quartil) e mínimo e máximo observado.

|               |                  | Idade (anos) |                   |               |          |       |
|---------------|------------------|--------------|-------------------|---------------|----------|-------|
|               |                  | n (%)        | Média ( $\pm$ dp) | Mediana (AIQ) | Mín -Máx | p     |
| <b>TODOS</b>  |                  | 206 (100%)   | 34,4 ( $\pm$ 8,3) | 33 (10)       | 24 – 61  |       |
| <b>Género</b> | <b>Feminino</b>  | 99 (48%)     | 33,3 ( $\pm$ 7,5) | 32 (10)       | 24 – 61  | 0,132 |
|               | <b>Masculino</b> | 107 (52%)    | 35,4 ( $\pm$ 8,9) | 33 (13)       | 24 – 61  |       |

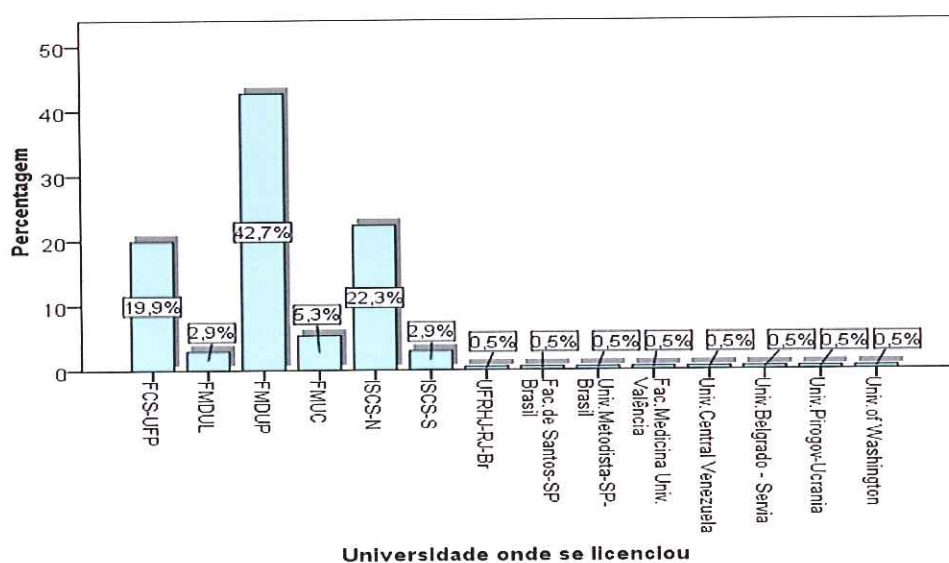


Gráfico 1- Distribuição de frequências da Instituição de ensino em que os Médicos Dentistas inquiridos se licenciaram.

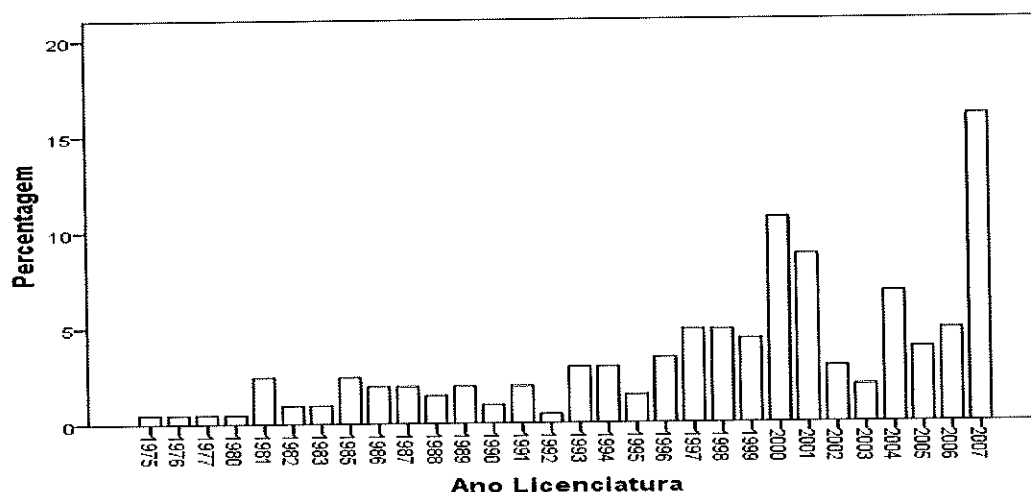


Gráfico 2- Distribuição de frequências do ano de licenciatura dos Médicos Dentistas inquiridos

Metade dos Médicos Dentistas inquiridos tinha pelo menos 7 anos de actividade profissional. A média de anos de actividade profissional corresponde a 9,2 anos, sendo 1 o mínimo de anos de actividade profissional e 33 o máximo (Tabela 2). Não foram detectadas diferenças significativas no número médio de anos de actividade profissional dos Médicos Dentistas do género feminino e masculino (Teste Mann-Whitney,  $p=0,316$ ).

Tabela 2 - Número de anos de actividade profissional de todos os inquiridos e subdivisão por género. Estatísticas mais relevantes: média ( $\pm$ desvio padrão), mediana (amplitude inter-quartil), mínimo e máximo observado.

|               | n (%)             | Número de anos de actividade profissional |               |               | P     |
|---------------|-------------------|---|---------------|---------------|-------|
|               |                   | Média ( $\pm$ dp)                         | Mediana (AIQ) | Mín - Máx     |       |
| <b>TODOS</b>  | <b>205 (100%)</b> | <b>9,2 (<math>\pm</math>7,6)</b>          | <b>7 (10)</b> | <b>1 - 33</b> |       |
| <b>Género</b> |                   |   |               |               |       |
| Feminino      | 98 (47,8%)        | 8,5 ( $\pm$ 6,9)                          | 7 (8)         | 1 - 32        | 0,316 |
| Masculino     | 107 (52,2%)       | 10 ( $\pm$ 8,2)                           | 8 (12)        | 1 - 33        |       |

Mais de metade dos inquiridos exerce a sua actividade profissional no distrito do Porto (63%). Braga, Coimbra, Aveiro e Leiria são os distritos que se seguem, com percentagens entre os 7 e os 5%. De referir que pelo menos dois inquiridos (0,8%) mencionaram áreas de trabalho internacionais (Madrid e Barcelona) (ver Gráfico 3).

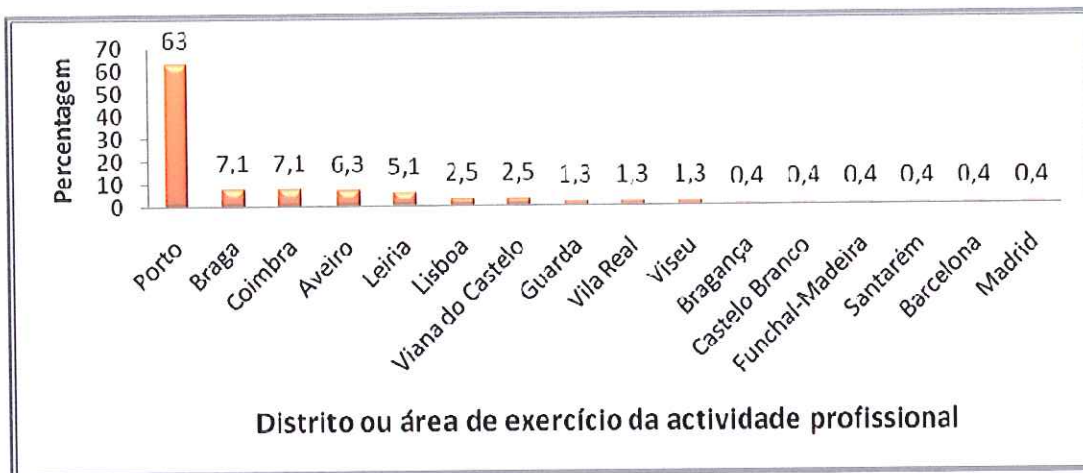


Gráfico 3 - Distrito / área de exercício da actividade profissional dos inquiridos.

Quanto à formação académica pós-universitária adquirida, seja ela pós-graduação, mestrado ou doutoramento, 56% dos licenciados possuem pelo menos uma das formações referidas. Cerca de 36% dos Médicos Dentistas são pós-graduados, sendo a Ortodontia (31,4%), a Implantologia (25,4%) e a Cirurgia Oral (12,7%) as áreas mais referidas (Gráfico 4). Quinze por cento dos inquiridos possuem o grau de mestre em áreas como a Cirurgia Oral (15,8%), a Implantologia (10,5%) e a Medicina Dentária Conservadora (10,5%), entre outras (Gráfico 5). Apenas 8 (4%) possuem doutoramento. Destes, 2 (25%) têm doutoramento em Odontopediatria e os restantes em Cirurgia e Medicina Oral, Dentisteria Operatória, Endodontia, Implantologia, Ortodontia e Prótese Dentária e Oclusão (12,5% cada).

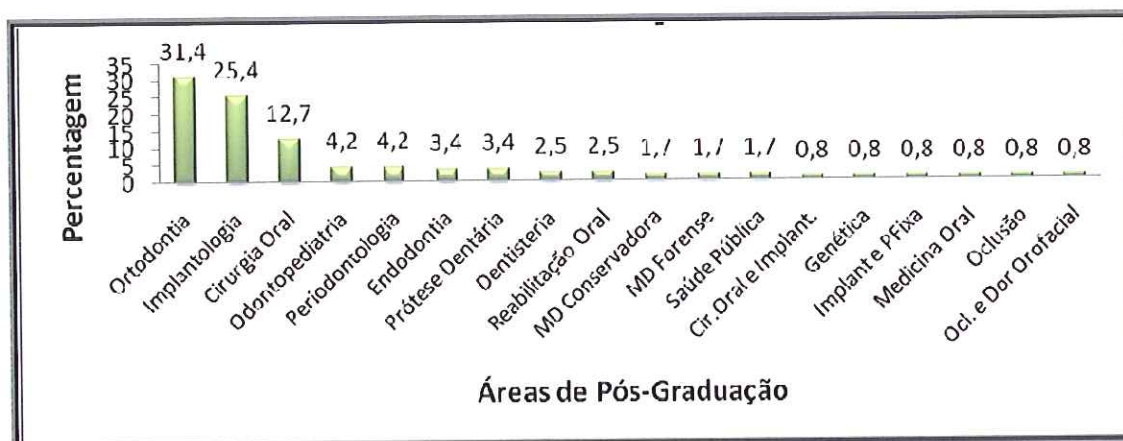


Gráfico 4 - Distribuição de frequências de áreas de Pós-Graduação dos Médicos Dentistas inquiridos (n=93; 18 áreas referidas).

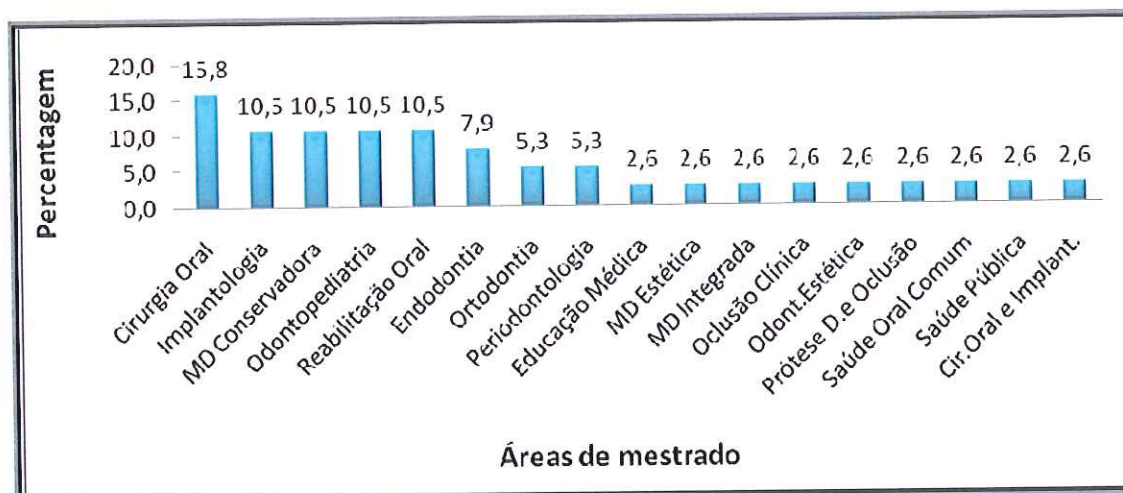


Gráfico 5 - Distribuição de frequências de áreas de Mestrado dos Médicos Dentistas inquiridos (n=35; 17 áreas referidas)

Cerca de 73% dos inquiridos (n=151) afirma efectuar ou já ter efectuado regular ou ocasionalmente atendimento de pacientes com necessidades especiais (Gráfico 6).

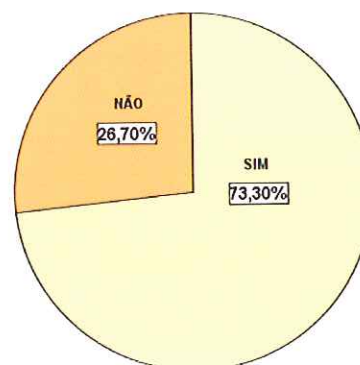


Gráfico 6 - Distribuição de frequências para o atendimento de Pacientes com Necessidades Especiais (n=206).

## ii Escala de Medição de Atitudes

A escala de Medição de Atitudes permite obter a pontuação de cada inquirido, resultante da soma das suas respostas às 20 perguntas colocadas. Assim, pode variar entre um mínimo de 20 e um máximo de 100 pontos, o qual representa a atitude mais positiva que é possível obter com esta escala, em relação a pacientes com deficiência mental. Algumas perguntas do questionário foram recodificadas (número 3, 4, 5, 8, 10, 13, 14, 17, e 18 (ver anexo I)), de forma a assegurar sempre a relação entre uma pontuação elevada e uma atitude mais positiva.

A análise de consistência interna da escala de Medição de Atitudes foi verificada utilizando o coeficiente alfa de Cronbach, medida de intercorrelação entre os itens que constituem a escala e cada um dos domínios, assim como o coeficiente de correlação intra-classe (CCI), tendo-se obtido o valor de 0,606 para ambos os

coeficientes. Os valores obtidos indicam a presença de uma baixa consistência interna.

O gráfico 7 permite visualizar a distribuição de pontuações obtidas pelos inquiridos, que se apresenta aproximadamente simétrica. A média das pontuações obtidas ronda os 62 pontos, registando-se um mínimo de 38 pontos e um máximo de 83 pontos, ambos observados no género masculino (Tabela 3).

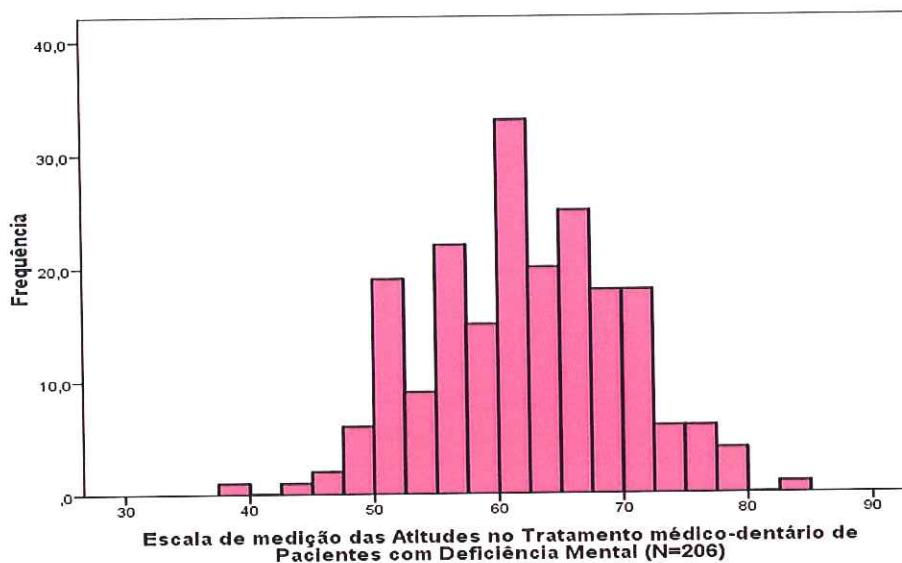


Gráfico 7 - Distribuição de frequência das pontuações obtidas pelos inquiridos na Escala de Medição de Atitudes no Tratamento médico-dentário de Pacientes com deficiência mental.

Foi verificado que não há diferenças significativas na atitude dos Médicos Dentistas do género feminino e masculino perante o tratamento médico-dentário de pacientes com deficiência mental (Teste t,  $p=0,432$ ,  $p>0,05$ ). O género feminino regista uma pontuação média na escala ligeiramente mais elevada do que o masculino.

Verificou-se existir diferenças significativas na atitude perante o tratamento médico-dentário de pacientes com deficiência mental consoante a idade dos Médicos Dentistas inquiridos (ANOVA,  $p=0,022$ ). Assim, os Médicos Dentistas do escalão etário 29 aos 33 anos apresentam uma atitude no tratamento de pacientes com deficiência mental significativamente mais positiva do que a do escalão 39 aos 61 anos (Teste HDS de Tukey;  $p=0,011$ ). Os restantes escalões não são significativamente

diferentes destes dois ( $p>0,05$ ), embora haja uma tendência para atitudes mais negativas à medida que a idade aumenta (ver Tabela 3).

Tabela 3 – Resultados da Escala de Medição de Atitudes perante pacientes com deficiência mental, descritos para todos os inquiridos, subdivididos por género, por escalões etários, pela realização do atendimento a pacientes com deficiência mental e pela formação académica que possuem. Estatísticas mais relevantes: média ( $\pm$ desvio padrão), mediana (amplitude inter-quartil), mínimo e máximo.

|                               |                     | Escala de Medição de Atitudes |                                 |               |          |       |
|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------|----------|-------|
|                               |                     | n (%)                         | Média ( $\pm$ dp)               | Mediana (AIQ) | Mín -Máx | p     |
| Género                        | <i>Todos</i>        | 206 (100%)                    | 61,9 ( $\pm$ 7,7)               | 61,5 (12)     | 38 – 83  | 0,432 |
|                               | <i>Feminino</i>     | 99 (48%)                      | 62,4 ( $\pm$ 7,4)               | 63 (11)       | 47 – 79  |       |
|                               | <i>Masculino</i>    | 107 (52%)                     | 61,5 ( $\pm$ 8,1)               | 61 (12)       | 38 – 83  |       |
| Escalões Etários              | <i>24 – 28</i>      | 61 (30%)                      | 62 <sup>ab</sup> ( $\pm$ 8,4)   | 63 (14)       | 38 – 78  | 0,022 |
|                               | <i>29 – 33</i>      | 53 (26%)                      | 64,2 <sup>a</sup> ( $\pm$ 7,2)  | 65 (9)        | 50 – 79  |       |
|                               | <i>34 – 38</i>      | 44 (21%)                      | 61,8 <sup>ab</sup> ( $\pm$ 7,6) | 61 (10)       | 48 – 83  |       |
| Atend. de pacientes especiais | <i>39 – 61</i>      | 48 (23%)                      | 59,5 <sup>b</sup> ( $\pm$ 7)    | 60 (12)       | 44 – 73  | 0,128 |
|                               | <i>Sim</i>          | 151 (73%)                     | 62,4 ( $\pm$ 7,8)               | 63 (11)       | 38 – 83  |       |
|                               | <i>Não</i>          | 55 (27%)                      | 60,6 ( $\pm$ 7,6)               | 61 (10)       | 44 – 78  |       |
| Formação académica            | <i>Licenciatura</i> | 93 (45%)                      | 61,6 ( $\pm$ 7,7)               | 61 (10)       | 38 – 78  | 0,818 |
|                               | <i>Pós-Grad.</i>    | 74 (36%)                      | 62 ( $\pm$ 7,7)                 | 61 (12)       | 44 – 83  |       |
|                               | <i>Mestrado</i>     | 31 (15%)                      | 62,6 ( $\pm$ 8,1)               | 63 (12)       | 48 – 79  |       |
|                               | <i>Doutoram.</i>    | 8 (4%)                        | 63,3 ( $\pm$ 7,6)               | 65 (16)       | 52 – 71  |       |

<sup>a, b</sup> – letras diferentes indicam grupos significativamente diferentes de acordo com o teste HDS de Tukey.

O teste ANOVA permite observar a ausência de diferenças significativas na Escala de Medição de Atitudes consoante o número de anos de actividade profissional ( $p=0,127$ ,  $p>0,05$ ). Denota-se uma tendência ligeiramente negativa nas atitudes quanto maior for o número de anos de actividade profissional. Embora os Médicos Dentistas que efectuem o atendimento de pacientes com deficiência mental possuam resultados na escala mais positivos, não se registam diferenças significativas entre os que efectuem e os que não efectuem o atendimento desses pacientes ( $p = 0,128$ ,  $p>0,05$ ) (ver Tabela 3). Quanto à relação entre as atitudes dos Médicos Dentistas e a formação académica que possuem, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,818$ ,  $p>0,05$ ). Ainda que tal aconteça, nota-se uma tendência para atitudes mais positivas nos inquiridos com formação académica mais elevada, registando-se nos que possuem o grau de doutoramento uma pontuação média e mínima mais elevada (ver Tabela 3).

Aplicando o critério de Kaiser, segundo o qual só devem ser extraídos os factores cujos valores próprios (Eigenvalue) sejam maiores do que 1, foi possível extrair 6 factores, resultantes da interpretação das 20 perguntas inseridas no questionário aplicado, que permitem explicar cerca de 52,5% da variância dos dados (Tabela 4).

Tabela 4 – Valores próprios responsáveis pela extração de 6 factores, respeitantes aos 20 itens do questionário.

| Valores próprios (Eigenvalue) Iniciais |       |               |                |
|--|-------|---------------|----------------|
|  | Total | Variância (%) | Cumulativa (%) |
| 1                                      | 3,060 | 15,299        | 15,299         |
| 2                                      | 1,901 | 9,505         | 24,804         |
| 3                                      | 1,620 | 8,101         | 32,904         |
| 4                                      | 1,506 | 7,528         | 40,432         |
| 5                                      | 1,210 | 6,050         | 46,482         |
| 6                                      | 1,198 | 5,989         | 52,471         |

Tabela 5 – Matriz Transposta das Componentes, de acordo com a Escala de Atitudes.

|      | FACTOR 1     | FACTOR 2     | FACTOR 3     | FACTOR 4     | FACTOR 5      | FACTOR 6      |
|------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| P1   | <i>0,649</i> | -0,002       | 0,076        | -0,159       | 0,051         | -0,032        |
| P2   | <i>0,728</i> | -0,066       | 0,084        | -0,026       | 0,114         | -0,156        |
| P3M  | -0,048       | 0,012        | <i>0,793</i> | 0,090        | -0,097        | -0,144        |
| P4M  | 0,209        | -0,019       | <i>0,784</i> | 0,020        | 0,071         | -0,051        |
| P5M  | 0,252        | 0,248        | <i>0,651</i> | -0,112       | 0,057         | 0,073         |
| P6   | 0,155        | 0,046        | -0,064       | <i>0,668</i> | -0,211        | 0,041         |
| P7   | <i>0,593</i> | 0,132        | 0,023        | 0,297        | -0,046        | 0,090         |
| P8M  | 0,204        | 0,074        | -0,191       | 0,108        | <i>0,721</i>  | 0,023         |
| P9   | <i>0,344</i> | 0,239        | -0,074       | 0,101        | 0,051         | <i>0,576</i>  |
| P10M | -0,105       | <i>0,496</i> | -0,010       | 0,245        | 0,130         | <i>-0,491</i> |
| P11  | <i>0,562</i> | 0,205        | 0,186        | 0,070        | 0,011         | 0,064         |
| P12  | 0,182        | <i>0,637</i> | -0,082       | 0,072        | -0,189        | 0,244         |
| P13M | 0,085        | <i>0,699</i> | 0,200        | -0,009       | 0,088         | 0,065         |
| P14M | 0,207        | <i>0,542</i> | 0,045        | -0,040       | 0,107         | -0,265        |
| P15  | -0,007       | 0,030        | 0,093        | <i>0,695</i> | -0,025        | 0,125         |
| P16  | -0,110       | -0,002       | 0,202        | <i>0,362</i> | <i>0,347</i>  | <i>0,479</i>  |
| P17M | 0,280        | 0,077        | 0,179        | -0,011       | 0,094         | -0,607        |
| P18M | -0,094       | <i>0,517</i> | 0,022        | 0,044        | 0,231         | -0,016        |
| P19  | -0,006       | -0,202       | -0,178       | 0,133        | <i>-0,717</i> | 0,052         |
| P20  | -0,069       | 0,019        | -0,043       | <i>0,598</i> | 0,269         | -0,119        |

Para cada factor extraído foram encontradas as perguntas ou itens do questionário que mais contribuíram para a dita extracção. Assim, todos os valores absolutos superiores a 0,3 foram considerados, seleccionando as questões mais relevantes para o efeito pretendido. De notar que 9 das 20 questões assinaladas com “M” na tabela 5 foram recodificadas, de maneira a que uma elevada pontuação correspondesse a uma atitude mais positiva. Nesta tabela encontra-se indicada a extracção de 6 factores, evidenciando a negrito para cada um deles as perguntas mais representativas, nomeadamente aquelas que tiverem um valor absoluto superior a 0,3 ( $> |0,3|$ ).

### 1. Factor 1 - Percepção da Autonomia e Responsabilidade Pessoal

Este factor relaciona-se com a percepção que os Médicos Dentistas possuem acerca da capacidade que os pacientes com deficiência mental têm em serem autónomos e responsáveis. Uma elevada pontuação obtida neste factor traduz a convicção dos Médicos Dentistas de que, em certos aspectos, este tipo de pacientes conseguem ser autónomos e independentes, não devendo ser desprezadas as expectativas neles depositadas. Já uma pontuação baixa significa que os profissionais menosprezam as suas verdadeiras capacidades, mantendo baixo o nível de expectativas criadas.

Tabela 6 – Itens do questionário que contribuíram para a extracção do Factor 1 – Percepção da Autonomia e Responsabilidade Pessoal.

| <i>Nr.</i> | <i>Pergunta</i>  | <i>Contribuição</i> |
|------------|--|---------------------|
| <i>1</i>   | As pessoas com deficiência mental conseguem ter o mesmo nível de higiene oral que as outras pessoas.   | <b>0,649</b>        |
| <i>2</i>   | As pessoas com deficiência mental são capazes de tomar decisões acerca da sua própria saúde.   | <b>0,728</b>        |
| <i>7</i>   | As pessoas com deficiência mental são capazes de se adaptarem com sucesso à vida fora da instituição onde vivem.                               | <b>0,593</b>        |
| <i>9</i>   | Os pacientes com deficiência mental não representam qualquer risco para a saúde de outros pacientes e profissionais de Medicina Dentária.      | <b>0,344</b>        |
| <i>11</i>  | Pode-se esperar que as pessoas com deficiência mental sejam responsáveis por manterem as suas consultas dentárias, como qualquer outra pessoa. | <b>0,562</b>        |

### 2. Factor 2 - Tratamento de Pacientes com deficiência mental

Este factor é bastante geral e diz respeito ao modo como os Médicos Dentistas percebem o tratamento de pacientes com deficiência mental e em que medida este interfere com a sua qualidade de trabalho e bem-estar pessoal. Incorporada neste factor

encontra-se, igualmente, a questão acerca do direito dos Médicos Dentistas receberem uma compensação monetária (salário) maior pelo facto de assistirem estes pacientes. Aqueles que obtiveram uma pontuação elevada nos itens representados na Tabela 7 acreditam que devem tratar estes pacientes tal como quaisquer outros, não significando qualquer problema na sua prática clínica, nem recebendo por isso um salário mais elevado. Pelo contrário, os inquiridos com pontuações mais baixas estão associados à ideia de que deveriam ser profissionais com outras qualificações a tratar destes pacientes, uma vez que os problemas que lhe estão inerentes não só tornam a prática clínica difícil, como significam um potencial factor de stress.

Tabela 7 - Itens do questionário que contribuíram para a extracção do Factor 2 – Tratamento de pacientes com deficiência mental.

| <i>Nr.</i> | <i>Pergunta</i>  | <i>Contribuição</i> |
|------------|--|---------------------|
| 10         | Os médicos dentistas NÃO deviam receber um salário maior por tratarem pessoas com deficiência mental em vez de outras pessoas (peso negativo).   | 0,496               |
| 12         | Tratar pacientes com deficiência mental é altamente gratificante.  | 0,637               |
| 13         | Na sala de espera os pacientes com deficiência mental NÃO são um incómodo para os outros pacientes (peso negativo).  | 0,699               |
| 14         | Os médicos dentistas generalistas NÃO deviam recusar tratar pacientes com deficiência mental, MESMO QUANDO estes fossem acompanhados por alguém responsável durante uma cirurgia dentária (peso negativo). | 0,542               |
| 18         | O tratamento de pacientes com deficiência mental NÃO causa muito stress nos profissionais de saúde dentária (peso negativo).   | 0,517               |

### 3. Factor 3 - Eficácia dos tratamentos médico-dentários

Será possível conseguir os mesmos resultados nos pacientes com e sem deficiência mental, isto é, a mesma eficácia nos tratamentos médico-dentários realizados? Uma elevada pontuação nos itens relativos a este factor (representados na Tabela 8) traduz a convicção de que tal é possível. Já os inquiridos com pontuações mais baixas parecem não acreditar que esta população possa receber os mesmos cuidados médico-dentários que qualquer outro paciente e que estes sejam igualmente eficazes. Assim, tudo indica que estes profissionais pouco investem nestes pacientes especiais, tanto a nível da motivação para a higiene oral, como na prevenção de patologias médico-dentárias.

Tabela 8 - Itens do questionário que contribuíram para a extracção do Factor 3 – Eficácia dos tratamentos médico-dentários.

| <i>Nr</i> | <i>Pergunta</i>  | <i>Contribuição</i> |
|-----------|--|---------------------|
| 3         | NÃO É impossível manter os dentes secos no tratamento dentário de pessoas com deficiência mental (peso negativo).                                  | 0,793               |
| 4         | Os pacientes com deficiência mental NÃO são muito irrequietos na cadeira do médico dentista, o que permite um tratamento adequado (peso negativo). | 0,784               |
| 5         | As instruções de higiene oral nas pessoas com deficiência mental SURTEM EFEITO (peso negativo).  | 0,651               |

#### 4. Factor 4 - Igualdade de cuidados médico-dentários

Este factor relaciona-se com a igualdade de acesso a cuidados de saúde oral por parte dos pacientes com deficiência mental, isto é, se estes deveriam receber o mesmo tipo e qualidade de cuidados médico-dentários que a restante população. Os inquiridos com elevadas pontuações neste factor acham que sim, considerando a importância do paciente ser avaliado individualmente, independentemente das suas limitações, ou considerando, por exemplo, os tratamentos médico-dentários estéticos tão importantes nestas pessoas como para as restantes. Por outro lado, os Médicos Dentistas cujas pontuações são baixas, acreditam que a igualdade na prestação de cuidados médico-dentários entre os pacientes com e sem deficiência mental é uma realidade muito difícil ou quase impossível de atingir. Os itens com maior peso na extracção deste quarto factor encontram-se representados na tabela 9.

Tabela 9 - Itens do questionário que contribuíram para a extracção do Factor 4 – Igualdade de cuidados médico-dentários.

| <i>Nr</i> | <i>Pergunta</i>   | <i>Contribuição</i> |
|-----------|---|---------------------|
| 6         | O tratamento dentário estético é tão importante para as pessoas com deficiência mental como para as outras pessoas.         | 0,668               |
| 15        | Cada caso dentário devia ser avaliado individualmente, independentemente se o paciente possuísse ou não deficiência mental. | 0,695               |
| 16        | Leis deveriam ser introduzidas para impedirem os médicos dentistas de discriminarem pacientes com deficiência mental.       | 0,362               |
| 20        | As pessoas com deficiência mental deveriam receber a mesma qualidade de cuidados de saúde do que as outras.                 | 0,598               |

## 5. Factor 5 - Discriminação

Este factor relaciona-se com o facto de os Médicos Dentistas poderem discriminar certos pacientes, com base em características como, neste caso, a deficiência mental, evitando e recusando o seu atendimento médico-dentário. O factor em questão, representado através dos seus principais itens na Tabela 10, dirige as expectativas dos inquiridos sobre o comportamento e capacidades dos pacientes com deficiência mental, as quais se traduzem nas suas atitudes, positivas ou discriminatórias. Os Médicos Dentistas com elevadas pontuações neste factor acreditam que os pacientes com deficiência mental, apesar das suas inúmeras limitações, são pessoas como quaisquer outras, com o direito de viver a sua vida o melhor possível, não devendo ser discriminados no que toca a cuidados médico-dentários. Já os que registaram pontuações reduzidas denunciam uma tendência para atitudes discriminatórias, acreditando que estes pacientes são incapazes de decisões conscientes, de actos responsáveis e de comportamentos adequados, significando uma presença incómoda no consultório médico-dentário, o que dá ao profissional o direito de recusar o seu atendimento e de o recomendar a outros especialistas clínicos (como por exemplo aqueles que se encontram em meio hospitalar).

Tabela 10 - Itens do questionário que contribuíram para a extracção do Factor 5 – Discriminação.

| <i>Nr.</i> | <i>Pergunta</i>   | <i>Contribuição</i> |
|------------|---|---------------------|
| 8          | Os médicos dentistas NÃO possuem o direito de não tratarem pacientes com incapacidade mental (peso negativo).                                   | 0,721               |
| 16         | Leis deveriam ser introduzidas para impedirem os médicos dentistas de discriminarem pacientes com deficiência mental.                           | 0,347               |
| 19         | É melhor para todos os envolvidos que os pacientes com deficiência mental recorram a outros especialistas clínicos em vez de médicos dentistas. | -0,717              |

## 6. Factor 6 - Tratamento como casos especiais

Este factor avalia se os Médicos Dentistas acreditam que os pacientes com incapacidade mental deveriam ser tratados como casos especiais, ou se deveriam ser tratados como quaisquer outros pacientes. Os itens mais relevantes estão representados na Tabela 11, anunciando uma elevada pontuação para os inquiridos que acreditam no tratamento sem distinção para pacientes com ou sem deficiência mental, merecendo ambos o mesmo investimento a nível preventivo e reabilitador, sem que para isso tenham que receber um

salário maior. Estes inquiridos acreditam, igualmente, que a deficiência mental não representa qualquer risco para a saúde da equipa de profissionais e para os outros pacientes, devendo-se substituir a discriminação pela igualdade de direitos. Já o oposto se verifica nos profissionais com baixas pontuações, uma vez que estes possuem a convicção de que os pacientes em questão não deveriam, à partida, aceder ao mesmo leque de opções terapêuticas, devido às suas limitações e problemáticas. As exigências requeridas durante o seu tratamento médico-dentário, tanto a nível de técnica, de tempo de consulta e de paciência, levam estes profissionais a solicitarem um salário maior.

Tabela 11 - Itens do questionário que contribuíram para a extracção do Factor 6 – Tratamento como caos especiais.

| <i>Nr.</i> | <i>Pergunta</i>  | <i>Contribuição</i> |
|------------|--|---------------------|
| 9          | Os pacientes com deficiência mental não representam qualquer risco para a saúde de outros pacientes e profissionais de Medicina Dentária       | 0,576               |
| 10         | Os médicos dentistas NÃO deviam receber um salário maior por tratarem pessoas com deficiência mental em vez de outras pessoas (peso negativo). | -0,491              |
| 16         | Leis deveriam ser introduzidas para impedirem os médicos dentistas de discriminarem pacientes com deficiência mental.                          | 0,479               |

## 9. *Discussão*

A análise de consistência interna da escala obtida, realizada através do coeficiente alfa de Cronbach e do coeficiente de correlação intra-classe (CCI), revelou ser de 0,606 para ambos os coeficientes, permitindo verificar que a consistência interna é relativamente baixa e que a comparação entre grupos poderá não ter fiabilidade. De acordo com Bland e Altman (1997) valores de alfa entre 0,7 e 0,8 ou superiores são considerados satisfatórios para fazer comparações entre grupos com fiabilidade. Para comparações de fins clínicos, este coeficiente deveria ter um valor mínimo de 0,9, embora se considere desejável atingir 0,95. Pelo facto de se ter obtido um valor abaixo de 0,7, evitou-se trabalhar com cada um dos 6 factores extraídos. O alfa de Cronbach de 0,606 é mais baixo do que o valor obtido por Bedi et al. (2001), 0,773, no estudo original de onde o questionário foi retirado. Esta situação pode ter acontecido por diversas razões, como a tradução do inquérito da língua inglesa para a portuguesa, a sua substituição e adaptação ao tema pretendido, isto é pacientes com deficiência mental, ou ter sido aplicado numa população inserida num contexto social e geográfico totalmente diferente.

Uma das razões mais vezes referidas pelos profissionais de Medicina Dentária para o não tratamento de pacientes com deficiência mental é a sua inexistência na área geográfica em que se encontram estabelecidos (Milano e Seybold *cit.in* Waldman e Perlman, 2004), facto corroborado por este estudo, uma vez que, perante a exposição da sua temática, alguns profissionais abordados se recusaram a receber o questionário nos seus consultórios, enunciando essa mesma razão. O facto de se referir esta questão, pode estar relacionada com a dificuldade que os cuidadores destes pacientes possuem na disposição de recursos para proporcionar mais este cuidado de saúde.

Os indivíduos com deficiência mental identificam frequentemente as atitudes e comportamentos inapropriados dos Médicos Dentistas e dos seus auxiliares como principais barreiras ao acesso a cuidados de saúde oral. Factores como a ausência de recursos técnicos adequados, o tempo dispendido por consulta e a capacidade económica destes pacientes para o seu pagamento são factores que influenciam a decisão do Médico Dentista acerca da realização do seu tratamento. Dao et al. (2005) e Merry e Edwards (2002) consolidaram estas mesmas ideias nos estudos que efectuaram.

As atitudes dos profissionais de saúde em relação a pacientes especiais, como os deficientes mentais, são influenciadas por variáveis demográficas, como o género, a idade, o número de anos de actividade profissional, a experiência clínica no atendimento de tais pacientes ou o nível de educação. Um estudo realizado por Tervo et al. (2004) acrescenta ainda variáveis como a nacionalidade, o estado civil ou o nível socioeconómico do profissional.

## **i Atitude vs Género**

Embora se verificasse a inexistência de diferenças significativas na atitude dos Médicos Dentistas de ambos os géneros, ( $p > 0,05$ ), o género feminino registou uma pontuação média na escala ligeiramente mais elevada do que o masculino. Assim, as atitudes em relação ao atendimento de pacientes com deficiência mental são tendencialmente mais positivas nos inquiridos do género feminino. Por hipótese, tal pode acontecer devido a razões relacionadas quer com a sensibilidade, supostamente aumentada nas mulheres, quer com o seu instinto maternal.

Waldman e Perlman (2004) estabelecem no seu estudo uma relação entre Médicos Dentistas do género feminino e o tratamento de pacientes especiais, sugerindo a hipótese de que aquelas o fariam mais adequadamente do que os seus homólogos masculinos, por estes trabalharem um maior número de horas e, por isso, escolherem casos mais simples e rápidos de tratar. Gill et al. (2002) observaram nos profissionais do género feminino atitudes bem mais positivas em relação ao atendimento médico-dentário de pacientes com deficiência mental, registando diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros. Já Choi e Lam (2001) não registaram diferenças entre as atitudes do género masculino e do feminino.

## **ii Atitude vs Idade**

Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas na atitude dos Médicos Dentistas no atendimento de pacientes com deficiência mental, relativamente às suas idades ( $p < 0,05$ ). A faixa etária dos Médicos Dentistas dos 29 aos 33 anos regista as pontuações média e mínima na Escala mais elevadas, demonstrando uma atitude no tratamento de pacientes com deficiência mental significativamente mais positiva do que a do escalão 39-61anos ( $p = 0,011$ ). Embora os restantes escalões não sejam significativamente diferentes destes dois ( $p > 0,05$ ), observa-se uma tendência para atitudes mais negativas à medida que a idade dos inquiridos aumenta, o que pode denunciar o facto destes profissionais estarem mais reticentes e menos à vontade com a ideia de assistirem este tipo de pacientes, mesmo que a sua experiência clínica seja elevada noutras áreas. Já os profissionais mais jovens parecem lidar com esta situação de forma diferente, devido ao tipo de formação que obtiveram e de uma inserção mais recente no meio profissional, daí que demonstrem atitudes mais positivas.

Embora se trate de profissionais de ramos diferentes da Medicina, estes resultados vão de encontro aos obtidos por Gill et al. (2002), os quais demonstraram que quanto menor fosse a idade dos Médicos Generalistas da amostra, mais positivas seriam as suas atitudes no tratamento de pacientes com deficiência mental. Já Bedi et al. (2001) não encontraram diferenças significativas entre a idade dos Médicos Dentistas inquiridos e as suas atitudes no atendimento de pacientes com dificuldades de aprendizagem.

### **iii Atitude vs Número de anos de actividade profissional**

Não foram observadas diferenças significativas na Escala de Medição de Atitudes consoante o número de anos de actividade profissional ( $p>0,05$ ). O aumento do número de anos de actividade profissional traduz, normalmente, o aumento da experiência do clínico. Mesmo que esta não ocorra especificamente e exclusivamente no âmbito de pacientes com necessidades especiais, como os portadores de deficiência mental, é de esperar que as atitudes destes profissionais sejam mais positivas no atendimento desta população. Os resultados deste estudo parecem contrariar esta hipótese, uma vez que se denota uma tendência ligeiramente negativa nas atitudes quanto maior for o número de anos de actividade profissional. Uma das explicações para esta ocorrência pode residir no facto de os clínicos mais antigos se regerem ainda por certos preconceitos, por atitudes estereotipadas e por paradigmas hoje considerados como socialmente incorrectos.

Os resultados obtidos num estudo de Casamassimo et al. (2004) contrariam os expostos anteriormente, demonstrando que aqueles que se encontram estabelecidos há mais tempo e que, por isso, possuem um maior número de anos de actividade profissional, são um dos três tipos de Médicos Dentistas dispostos a tratar crianças com necessidades especiais, como a deficiência mental. Os outros dois consistem nos profissionais que trabalham em pequenas comunidades e nos que possuem um acordo com o seguro de saúde Medicaid, destinado a pessoas com poucos recursos económicos.

### **iv Atitude vs Atendimento de Pacientes Especiais**

Pouco menos de três quartos da amostra admitiram realizar ocasionalmente ou regularmente o atendimento médico-dentário a pacientes com deficiência mental. Embora 73% dos inquiridos seja uma percentagem razoável e, comparativamente aos restantes profissionais, estes possuam resultados na Escala mais elevados, isto é, atitudes ligeiramente mais positivas, não se registam diferenças significativas entre os que efectuam e os que não efectuam o tratamento médico-dentário desses pacientes ( $p>0,05$ ).

Contrariamente a um estudo realizado por Tervo et al. (2004), em que se observa a existência de atitudes significativamente mais positivas nos profissionais de saúde que tiveram um maior contacto com pacientes com deficiência mental, os resultados deste estudo vão de encontro aos obtidos tanto por Gill et al. (2002), como por Bedi et al. (2001). Estes autores não observaram diferenças estatisticamente significativas nas atitudes demonstradas entre os profissionais com ou sem experiência no atendimento deste tipo de pacientes.

Esta situação pode ser explicada pela ausência de formação especializada na área. O contacto com estes pacientes e a disponibilidade do profissional em fazê-lo não incrementam por si só a qualidade das atitudes. Um estudo realizado por Lloyd-Williams et al. (2001) conclui que a maioria dos Médicos Dentistas estão dispostos a ajudar pacientes com deficiência mental, embora actualmente poucos possuam qualificações para tal.

Torna-se necessária uma aposta no campo das necessidades especiais em Medicina Dentária, especialmente em Portugal onde ainda não existe nenhuma especialidade do género. Tal iria permitir o surgimento de profissionais verdadeiramente qualificados para a prestação de cuidados médico-dentários adequados a estes pacientes.

Um estudo realizado por Casamassimo et al. (2004) demonstra que menos de um em cada dez Médicos Dentistas realizam consultas regulares a pacientes com deficiências, como a paralisia cerebral e o défice cognitivo, e apenas um em cada quatro possui formação especial na área, o que apoia a afirmação de que os cuidados médico-dentários são uma das maiores necessidades de saúde desta população.

## **v Atitude vs Formação Académica**

Mais de metade dos inquiridos deste estudo, cerca de 56%, possuem formação académica superior à licenciatura, seja ela a nível de pós-graduação, mestrado ou doutoramento. No entanto, nenhuma das áreas mencionadas se relaciona com o atendimento médico-dentário de pacientes com deficiência mental devido, mais provavelmente, ao facto de ainda não ter sido criada essa especialidade em Portugal.

Ainda assim, seria de esperar que o aumento do nível de conhecimentos e de formação por parte de um Médico Dentista originasse atitudes no atendimento de pacientes com deficiência mental mais positivas, facto que se veio a verificar neste estudo. Além da ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as atitudes dos Médicos Dentistas e a respectiva formação académica ( $p>0,05$ ), verificou-se uma tendência para atitudes mais positivas nos inquiridos com formação académica mais elevada.

Ao contrário deste estudo, os resultados obtidos por Casamassimo et al. (2004) sugerem que a formação para o tratamento de pacientes especiais não aumenta, necessariamente, o número de Médicos Dentistas dispostos a fazê-lo. Por vezes, os profissionais com mais experiência clínica e pouca formação académica, além da licenciatura, são os mais prováveis de atender estes pacientes. Já estudos como o de Choi e Lam (2001) e de Dao et al. (2005) permitiram observar que quanto mais sólida fosse a formação, quer a nível de conhecimentos, como de recursos técnicos, mais positivas seriam as atitudes dos Médicos Dentistas em relação a indivíduos com necessidades especiais, aumentando a confiança na sua abordagem. Dao et al. (2005) conclui num estudo que o tempo dispendido na educação universitária para o tratamento médico-dentário de pacientes especiais tem vindo a ser cada vez menor, o que impede os actuais e futuros Médicos Dentistas de desenvolverem atitudes positivas, em relação ao atendimento desta população.

Se a formação académica pós-licenciatura se torna importante, tão ou mais importante é a recebida durante a licenciatura. A sensibilização para as condicionantes destes pacientes e para o desenvolvimento de atitudes positivas no seu atendimento começa, desde logo, a nível dos estudantes de Medicina Dentária.

### III. CONCLUSÃO

Os pacientes com deficiência mental deveriam receber o mesmo tipo e qualidade de cuidados médico-dentários que a restante população, no entanto isso não acontece. Torna-se fundamental que o paciente seja avaliado individualmente, tendo em conta as suas capacidades e limitações. Além das barreiras físicas e das atitudes dos cuidadores de pacientes portadores de deficiências, as atitudes dos Médicos Dentistas dificultam, também, o acesso à igualdade de cuidados de saúde.

Embora grande parte dos Médicos Dentistas inquiridos efectuem, ou tenham já efectuado, o atendimento médico-dentário de pacientes com deficiência mental, muitas das atitudes que manifestaram em relação a este assunto revelaram-se negativas. O aumento da idade do profissional que, por hipótese, poderia significar uma atitude mais positiva face ao tratamento médico-dentário desta população, foi responsável precisamente pelo contrário, registando-se atitudes significativamente mais negativas em faixas etárias elevadas. O mesmo aconteceu com o aumento do número de anos de actividade profissional, ainda que sob valores não tão expressivos. À luz dos resultados obtidos neste estudo, pode-se concluir que os Médicos Dentistas mais jovens e, por isso, com carreiras profissionais mais curtas, se encontram mais sensibilizados e disponíveis para a abordagem deste tipo de pacientes, apesar da pouca ou inexistente formação que possuem na área. Desta forma, torna-se necessária, em Portugal, uma aposta forte no âmbito das necessidades especiais, através da criação de uma nova especialidade em Medicina Dentária, ou de cursos de pós-graduação específicos. Tal iria permitir o surgimento de profissionais verdadeiramente qualificados para a prestação de cuidados médico-dentários adequados a este tipo de pacientes. Por outro lado, se a formação académica adquirida após a licenciatura se torna importante, tão ou mais importante é a recebida durante a licenciatura. A sensibilização para as condicionantes destes pacientes e para o desenvolvimento de atitudes positivas na sua abordagem médico-dentária deve começar, desde logo, a nível da formação dos estudantes de Medicina Dentária, onde o principal investimento deve ser feito.

O Médico Dentista deve intervir, sem excepção, na manutenção da saúde oral de todos os seus pacientes, sobretudo se estes apresentarem necessidades especiais, investindo

quer a nível reabilitador, quer preventivo. Fica, portanto, a seu cargo a motivação, não só do paciente deficiente mental, como a sua família e responsáveis, alertando para a importância de hábitos diários de higiene oral e de visitas regulares ao consultório médico-dentário.

De referir que os distúrbios mentais e a sua abordagem médica podem ter, na maioria das vezes, um profundo efeito na saúde oral. Perante tais circunstâncias, conclui-se que a existência de uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, da qual faça parte o Médico Dentista, é essencial na prevenção de patologias orais e, conseqüentemente, dos seus danos na saúde do paciente.

Como conclusões gerais, pode-se afirmar que:

A maioria dos Médicos Dentistas está disposta a ajudar pacientes com deficiência mental, embora actualmente poucos possuam qualificações para tal. Uma preparação adequada por parte da equipa de profissionais significará um serviço valioso prestado a todos os pacientes com necessidades especiais. A familiarização do Médico Dentista e da sua equipa com os aspectos que envolvem os distúrbios mentais é, por isso, fundamental. Não só ajuda na prevenção e tratamento de muitos problemas médico-dentários instalados, como reduz a ansiedade dos profissionais na assistência dos indivíduos com esta condição.

Devido a uma saúde oral mais frágil e debilitada, os pacientes com deficiência mental exigem cuidados médico-dentários específicos, em consonância com as necessidades que manifestam, requerendo, por parte do Médico Dentista e da sua equipa, cuidados especiais, aliados a uma dedicação e atenção redobradas.

A assistência médico-dentária do paciente com necessidades especiais, neste caso com deficiência mental, necessita de incentivo, com a finalidade de somar esforços e aglutinar recursos, como parte de um esforço global de todos os envolvidos. Um esforço que envolve aspectos técnicos, como o acesso a formação especializada na área; sociais, através da sensibilização dos profissionais para o problema e, por fim, económicos, sob a forma do investimento que tal situação exige.

#### IV. BIBLIOGRAFIA

Andlaw, R.J.; Rock, W.P. (1989). *Manual de Odontopediatria*. México, Nueva Editorial Interamericana, pp.15-25.

Aragon, C.E.; Burneo, J.G. (2007). Understanding the patient with epilepsy and seizures in the dental practice, *JCDA*, 73(1), pp.71-76.

Avery, D.; McDonald, R. (1995). *Odontopediatria*. 6ª.edição, R. Janeiro, Editora Guanabara Koogan, pp.41-49; 404-419.

Avery, D.; McDonald, R.; Dean, J. (2000). *Dentistry for the child and adolescent*. 8ª.edição, USA, Mosby Ed., pp.531-546.

Bedi, R.; Champion, J.; Horn, R. (2001). Attitudes of the dental team to the provision of care for people with learning disabilities, *Special Care in Dentistry*, 21(4), pp.147-152.

Bland, J.; Altman, D. (1997). Statistics notes – Cronbach's alpha, *BMJ*, volume 314, p.572.

Boj, J.R.; Catalá, M.; Garcia-Ballesta, C.; Mendoza, A. (2004). *Odontopediatria*. Barcelona, Masson, pp.263-269; 467-474.

Boundy, S.S.; Reynolds, N.J. (1977). *Current Concepts in Dental Hygiene*. Saint Louis, Mosby Ed., pp.205-226; 229-232.

Bradley, C.; McAlister, T. (2004). The oral health of children with Down Syndrome in Ireland. *Special Care in Dentistry*, 24(2), pp.55-60.

Bryan, R.B.; Sullivan, S.M. (2006). Management of Dental Patients with Seizure Disorders. *The Dental Clinics of North America*, 50, pp.607-623.

Casamassimo, P.S.; Seale, N.S.; Ruehs, K. (2004). General dentist's perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs, *Journal of Dental Education*, 68(1), pp.23-28.

Cameron, A.; Widmer, R. (2003). *Handbook of Pediatric Dentistry*. 2ª.edição, USA, Mosby Ed., pp.271-278.

Cerqueira, D.F.; Vieira, A.; Maia, L.C.; Sweet, E. (2007). Severe tongue injury in an adolescent with epilepsy: A case report. *Special Care in Dentistry*, 27(4), pp.154-157.

Chávez, M.; Grollmus, Z.; Donat, F. (2008). Clinical prevalence of drooling in infant cerebral palsy. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 13(1), pp.22-26.

Cheng, R. et al. (2007). Oral health status of adults with Down Syndrome in Hong Kong. *Special Care in Dentistry*, 27(4), pp.134-138.

Choi, N.; Yang, K. (2003). A study on the dental disease of the handicapped. *Journal of Dentistry for Children*, 70(2), pp.153-158.

Choi, G.; Lam, C. (2001). Korean students' differential attitudes toward people with disabilities: an acculturation perspective, *International Journal of Rehabilitation Research*, 24(1), pp.79-81.

Christensen, G.J. (2005). Special oral hygiene and preventive care for special needs, *JADA*, 136, pp.1141-1143.

Chung, E.; Sung, E.; Sakurai, K. (2004). Dental Management of the Down and Eisenmenger Syndrome Patient. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 5(2), pp.70-80.

Corrêa, M.S.P. (1999). *Odontopediatria na primeira infância*. S.Paulo, Livraria Santos Editora, pp.651-663.

Costa, M.; et al. (2008). Prevalence of dental trauma in patients with cerebral palsy, *Special care in Dentistry*, 28(2), pp.61-64.

Dao, L.P.; Zwetchkenbaum, S.; Inglehart, M.R. (2005). General Dentists and Special Needs Patients: Does Dental Education Matter?, *Journal of Dental Education*, 69(10), pp.1107-1115.

Darby, M.L. (1998). *Mosby's Comprehensive Review of Dental Hygiene*. 4ª.edição. Missouri, Mosby Ed., pp.565-618.

DGS – Divisão Escolar (2002). Manual de Boas Práticas em Saúde Oral para quem trabalha com crianças e jovens com necessidades de saúde especiais. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, pp.17-27.

Fenton Stanford J.; Hood, H.; Holder, M.; May P.B.; Mouradian, W.E. (2003). The American Academy of Developmental Medicine and Dentistry: eliminating health disparities for individuals with mental retardation and other developmental disabilities, *Journal of Dental Education*, 67(12), pp.1337-1344.

Fiske, J. (2006). Special Care Dentistry (editorial), *British Dental Journal*, 200(2), p.61.

Franklin, D.L.; Luther, F.; Curzon, M.E.J. (1996). The prevalence of malocclusion in children with cerebral palsy, *European Journal of Orthodontics*, 18, pp.637-643.

Friedlander, A. (2005). Autism: Acknowledging the Heritable Aspects of Illness as Possible Barriers to Successfully marshaling Family Assistance, *Special Care in Dentistry*, 25(4), p.117.

Friedlander, A.; Yagiela, J.; Paterno, V.; Mahler, M. (2006). The neuropathology, medical management and dental implications of autism, *Journal of American Dental Association*, 137(11), pp.1517-1527.

Gabre, P.; Gahnberg, L. (1997). Inter-relationship among degree of mental retardation, living arrangements, and dental health in adults with mental retardation, *Special Care in Dentistry*, 17(1), pp.7-12.

Gill, F.; Kroese, B.; Rose, J. (2002). General practitioners' attitudes to patients who have learning disabilities, *Psychological Medicine*, 32, pp.1445-1455.

González, Y.; Wilson, E. (2006). Paciente Discapacitado. Normas para su atencion en odontologia. [Em linha]. Disponível em <http://www.odontologia-online.com/casos/part/YRG/YRG01/yrg01b.html>. [Consultado em 09-07-2008].

Grant, E.; Carlson, G.; Cullen-Erickson, M. (2004). Oral health for people with intellectual disability and high support needs: positive outcomes, *Special Care in Dentistry*, 24(2), pp.70-79.

Guaré, R.O.; Ciamponi, A.L. (2004). Prevalence of Periodontal Disease in the primary dentition of children with Cerebral Palsy, *Journal of Dentistry for Children*, 71(1), pp.27-32.

Guaré, R.O.; Ciamponi, A.L.; Romano, M.M. (2008). Behavioral and physiological changes in children with Down Syndrome using mechanical and chemomechanical (Carisolv™) caries removal methods, *Special Care in Dentistry*, 00(0), pp.1-6.

Guedes-Pinto, A.C. (2003). *Odontopediatria*. 7ª.edição. S.Paulo, Livraria Santos Editora, pp.895-928.

Hallberg, U.; Klingberg, G. (2005). Medical health care professionals' assessments of oral health needs in children with disabilities: a qualitative study, *European Journal of Oral Science*, 113, pp.363-368.

Harris, N.; Garcia-Godoy, F. (2004). *Primary Preventive Dentistry*. 6ªedição., USA, Pearson Prentice Hall, pp.564-583.

- Hennequin, M.; Faulks, D.; Roux, D. (2000). Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients, *Journal of Dentistry*, 28, pp.131-136.
- Hernández, A.; Corral, T.; Martín, E.; Sánchez, J. (2007). Results of a dental care protocol for mentally handicapped patients set in a primary care area in Spain, *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 12(7), pp.E492-E495.
- Jacobsen, P.L.; Eden, O. (2008). Epilepsy and the Dental Management of the Epileptic Patient, *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 9(1), pp.1-14.
- Jongh, A.; Houtem, C.; Schoof, M.; Resida, G.; Broers, D. (2008). Oral health status, treatment needs, and obstacles do dental care among noninstitutionalized children with severe mental disabilities in The Netherlands, *Special Care in Dentistry*, 28(3), pp.111-115.
- Kaye, P.L. et al. (2005). Views and experiences of parents and siblings of adults with Down Syndrome regarding oral healthcare: a qualitative and quantitative study, *British Dental Journal*, 198, pp.571-578.
- Klatchoian, D.A. (2002). *Psicologia Odontopediátrica*. 2ª.edição, S.Paulo, Livraria Santos Editora, pp.197-228; 292-303.
- Kopycka-Kedzierawski, D.; Auinger, P. (2008). Dental needs and status of autistic children: results from the national survey of children's health, *Pediatric Dentistry*, 30(1), pp.54-58.
- Lawton, L. (2002). Providing dental care for special patients – tips for the general dentist, *JADA*, 133, pp.1666-1671.
- Leache, E.; Quesada, J.; Pizarro, M.; Ballesta, C.; Mendoza, A. (1995). *Odontopediatria*. 3ª.edição, Barcelona, Editora Masson, S.A. pp.127-154

Lloyd-Williams, F.; Dowrick, C.; Humphris, G.; Moulding, G.; Ireland, R. (2001). A preliminary communication on whether general dental practitioners have a role in identifying dental patients with mental health problems, *British Dental Journal*, 191(11), pp.625-629.

Loevy, H.T. (1981). *Dental Management of the Child Patient*. Germany, Quintessence Publishing Co., pp.20-31.

López-Pérez, R. et al. (2002). Oral hygiene, gingivitis, and periodontitis in persons with Down Syndrome, *Special Care in Dentistry*, 22(6), pp.214-220.

Martin, M.; Kinoshita-Byrne, J.; Getz, T. (2002). Dental fear in a special needs clinic population of persons with disabilities, *Special Care in Dentistry*, 22(3), pp.99-102.

Mercado, R.C. (1996). *Manual de Odontologia Pediátrica*. 1ª.edição, Colômbia, Editora Heine & Cia., pp.57-58.

Merry, A.; Edwards, D. (2002). Disability Part 1: The Disability Discrimination Act (1995) – implications for dentists, *British Dental Journal*, 193(4), pp.199-201.

Merry, A.; Edwards, D. (2002). Disability Part 2: Access to dental services for disabled people. A questionnaire survey of dental practices in Meyerside, *British Dental Journal*, 193(5), pp.253-255.

Merry, A.; Edwards, D.; Pealing, R. (2002). Disability Part 3: Improving access to dental practices in Meyerside, *British Dental Journal*, 193(6), pp.317-319.

Monroy, P.; Fonseca, M. (2006). The use of Botulinum Toxin-A in the treatment of severe bruxism in a patient with Autism: a case report, *Special Care in Dentistry*, 26(1), pp.37-39.

Morgan, J. (2007). Why is periodontal disease more prevalent and more severe in people with Down Syndrome?, *Special Care in Dentistry*, 27(5), pp.196-201.

Mugayar, L.; Hebling, E.; Vendramini, D. (2007). Special care dentistry: a new specialty in Brazil, *Special Care in Dentistry*, 27(6), pp.232-235.

Namal, N.; Vehit, H.; Koksai, S. (2007). Do autistic children have higher levels of caries? A cross-sectional study in Turkish children, *Journal of Indian Social Pedodontic Preventive Dentistry*, June, pp.97-102.

Peres, A.; et al. (2007). Occurrence of bruxism in a sample of Brazilian children with cerebral palsy, *Special Care in Dentistry*, 27(2), pp.73-76.

Pezzementi, M.; Fisher, M. (2005). Oral health status of people with intellectual disabilities in the Southeastern United States, *JADA*, 136, pp.903-912.

Pilebro, C.; Bäckman, B. (2005). Teaching oral hygiene to children with autism, *International Journal of Paediatric Dentistry*, 15, pp.1-9.

Prat, M.; Jiménez, J.; Quesada, J. (2003). Estudio epidemiológico de la cáries en un grupo de niños com parálisis cerebral, *Med Oral*, 8, pp.45-50.

Revista Saúde Oral. (2001). *Dossier – Atenções redobradas*. Lisboa, Revista Saúde Oral. – nº 20. Set/Out.

Rodrigues dos Santos, M.T.; Masiero, D.; Novo, N.; Simionato, M. (2003). Oral conditions in children with Cerebral Palsy, *Journal of Dentistry for Children*, 70, pp.40-46.

Rodrigues dos Santos, M.T.; Masiero, D.; Novo, N.; Simionato, M. (2002). Risk factors for dental caries in children with Cerebral Palsy, *Special Care in Dentistry*, 22(3), pp.103-107.

Romer, M.; Filanova, V. (2006). Providing Dental Care to Patients with Developmental Disabilities – Medical/Legal Issues, *NYSDJ*, March/April, pp.36-37.

Sanders, B.J.; Weddell, J.A.; Dodge, N.N. (1995). Managing patients who have seizure disorders: dental and medical issues, *The Journal of the American Dental Association*, 126, pp.1641-1647.

Seagriff-Curtin, P.; Pugliese, S.; Romer, M. (2006). Dental Considerations for individuals with Down Syndrome, *NYSDJ*, March/April, pp.33-35.

Shapira, J.; Efrat, J.; Berkey, D.; Mann, J. (1998). Dental health profile of a population with mental retardation in Israel, *Special Care in Dentistry*, 18(4), pp.149-155.

Stiefel, D. (2002). Dental Care Considerations for Disabled Adults, *Special care in Dentistry*, 22(3), pp.26S-39S.

Tervo, R.; Palmer, G.; Redinius, P. (2004). Health professional student attitudes towards people with disability. *Clinical Rehabilitation*, 18, pp.908-915.

Toledo, O.A. (2005). *Odontopediatria – Fundamentos para a prática clínica*. 3ª.edição, S.Paulo, Editorial Premier, pp.343-346; 355-363.

Waldman, H.B.; Perlman, S.P. (2004). Female dental practitioners and care of special needs children, *Journal of Dentistry for Children*, 71(3), pp.218-221.

Waldman, H.B.; Fenton, S.J.; Perlman, S.P.; Cinotti, D.A. (2005). Preparing dental graduates to provide care to individuals with special needs, *Journal of Dental Education*, 69(2), pp.249-254.

White, G. (1981). *Clinical Oral Pediatrics*. Chicago, Quintessence Publishing Co, pp.49-55; 217-219.

Wolff, A.; Waldman, H.B.; Milano, M.; Perlman, S.P. (2004). Dental students' experiences with and attitudes toward people with mental retardation, *Journal of American Dental Association*, 135, pp.353-357.

Yeganegi, K.; Tandon, S. (2008). Tooth surface protection for individuals who are mentally disabled, *Special Care in Dentistry*, 28(1), pp.32-38.

## **V. ANEXOS – ANEXO I**



**Universidade Fernando Pessoa**

**Faculdade de Ciências da Saúde – Licenciatura em Medicina Dentária**

Exmo.(a) Dr.(a),

Caro(a) Colega,

O meu nome é Isabel Torres, sou estudante finalista do curso de Medicina Dentária na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e estou a realizar a respectiva tese de licenciatura, na qual se integra um estudo científico que adiante identifico.

Venho por este meio solicitar a sua colaboração, como profissional de Medicina Dentária, no estudo que pretendo concluir, intitulado *Avaliação da motivação para a Higiene Oral dos Médicos Dentistas no tratamento médico-dentário de pacientes com necessidades especiais*. Trata-se de um inquérito confidencial, simples e rápido de preencher, o qual se debruça sobre a relação Médico Dentista - paciente com deficiência mental no seu tratamento médico-dentário.

Fundamentalmente, pretendo que o Médico Dentista se baseie na sua experiência clínica quando preencher o questionário, considerando o grau de deficiência mental correspondente àquele que regularmente atende ou já atendeu com maior frequência no seu consultório dentário.

Muito obrigada pela disponibilidade, colaboração e, sobretudo, pela influência no crescimento pessoal e profissional de uma estudante que ambiciona, em breve, exercer tão nobre actividade como a de Medicina Dentária!

Sem mais nada de momento,

Os meus melhores cumprimentos.

Isabel A. Torres

(11678@ufp.pt)



**Este inquérito tem como finalidade avaliar a *motivação para a higiene oral dos Médicos Dentistas, no tratamento médico-dentário de pacientes com necessidades especiais.***

Para a realização desta pesquisa é essencial a sua participação, respondendo ao seguinte questionário, que será confidencial.

***I – Dados pessoais***

Género:  Feminino  Masculino Idade: \_\_\_\_\_ (anos) Data actual: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Ano em que se licenciou: \_\_\_\_\_ N.º de anos de actividade profissional: \_\_\_\_\_

Faculdade/Universidade onde se licenciou: \_\_\_\_\_

Distrito onde exerce: \_\_\_\_\_

Pós-graduação:  Sim  Não Se sim, qual(ais) e respectiva(s) área(s)? \_\_\_\_\_

Mestrado:  Sim  Não Se sim, qual(ais) e respectiva(s) área(s)? \_\_\_\_\_

Doutoramento:  Sim  Não Se sim, qual(ais) e respectiva(s) área(s)? \_\_\_\_\_

Na sua prática clínica faz o atendimento de pacientes com necessidades especiais?  Sim  Não

***II – Aplicação da Escala de medição das Atitudes no Tratamento médico-dentário de Pacientes com Necessidades Especiais***

Diga qual o seu grau de concordância com cada uma das 20 afirmações que se apresentam de seguida, marcando um círculo em redor do número correspondente à resposta escolhida.

|   | Discordo completamente | Discordo moderadamente | Não discordo nem concordo | Concordo moderadamente | Concordo completamente |
|---|------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|
| 1: As pessoas com deficiência mental conseguem ter o mesmo nível de higiene oral que as outras pessoas.                             | 1                      | 2                      | 3                         | 4                      | 5                      |
| 2: As pessoas com deficiência mental são capazes de tomar decisões acerca da sua própria saúde.                                     | 1                      | 2                      | 3                         | 4                      | 5                      |
| 3: É impossível manter os dentes secos no tratamento dentário de pessoas com deficiência mental.                                    | 1                      | 2                      | 3                         | 4                      | 5                      |
| 4: Os pacientes com deficiência mental são muito inquietos na cadeira do médico dentista, o que não permite um tratamento adequado. | 1                      | 2                      | 3                         | 4                      | 5                      |
| 5: As instruções de higiene oral nas pessoas com deficiência mental surtem pouco ou nenhum efeito.                                  | 1                      | 2                      | 3                         | 4                      | 5                      |

