

Carlo Andrea Rizzi

Protocolos Médico Dentários em Crianças com Necessidades Especiais: Novas Abordagens –  
Revisão Narrativa

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2022



Carlo Andrea Rizzi

Protocolos Médico Dentários em Crianças com Necessidades Especiais: Novas Abordagens –  
Revisão Narrativa

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2022

Carlo Andrea Rizzi

Protocolos Médico Dentários em Crianças com Necessidades Especiais: Novas Abordagens –  
Revisão Narrativa

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa  
como parte dos requisitos para obtenção do grau de  
Mestre em Medicina Dentária

---

Carlo Andrea Rizzi

## **RESUMO**

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho consiste em despertar nos médicos dentistas uma maior sensibilidade em relação a crianças com necessidades especiais e atualizar os conhecimentos sobre abordagens mais atuais para pacientes com necessidades especiais.

**Metodologia:** Realizou-se uma revisão de literatura utilizando artigos publicados em revistas indexadas (Português/Inglês/Francês/Italiano) e livros disponíveis na biblioteca segundo os critérios de inclusão estabelecidos.

**Principal tópico abordado:** Numa primeira fase será abordado a paralisia cerebral, a Síndrome de Down e o transtorno de espectro de autismo. A escolha destas necessidades especiais foi, pelo facto, destas surgirem com frequência na consulta de medicina dentária e, nesse sentido, despertar nos médicos dentistas uma maior sensibilidade e conhecimento em relação a estas crianças com necessidades especiais. Numa segunda fase será descrito os protocolos e formas mais corretas de abordagem na consulta de crianças com necessidades especiais.

**Palavras-chave:** “cuidados dentários”, “paciente com necessidades especiais”, “tratamentos orais”, “paralisia cerebral”, “Síndrome de Down”, “Autismo”, “odontopediatria”

## **ABSTRACT**

**Objectives:** The objective of this study is to: awaken in dentists a greater sensitivity towards children with special needs and update knowledge about more current approaches for patients with special needs.

**Methodology:** A literature review was carried out using articles published in indexed journals (Portuguese/English/French/Italian), online and/or printed on paper and books available in the library according to the established inclusion criteria.

**Main topic addressed:** In a first phase will be addressed cerebral palsy, Down syndrome and autism spectrum disorder. The choice of these special needs was, because they arise frequently in the dental consultation and, in this sense, awaken in dentists a greater sensitivity and knowledge in relation to these children with special needs. In a second phase will be described the protocols and most correct forms of approach in the consultation of children with special needs.

**Keywords:** “dental care”, “dental care for disabled”, “oral health”, “Cerebral palsy”, “Down syndrome”, “Autism spectrum disorder”, “pediatric dentistry”

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos os pacientes especiais e não que estão procurando seu lugar neste mundo. Toda pessoa tem o mesmo direito de acesso aos tratamentos e nós, como profissionais de saúde, temos de encontrar maneiras de fornecê-los.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha orientadora por ter me fornecido os conhecimentos e os materiais adequados para o desenvolvimento deste trabalho

Agradeço aos meus pais por me apoiarem com meus estudos e darem apoio emocional em tempos de crise.

Agradeço a minha família e amigos pelo apoio que eu precisava para completar este curso de estudo.

## ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO .....	1
1. Materiais e Métodos .....	2
II. DESENVOLVIMENTO.....	3
1. Paralisia Cerebral.....	4
2. Síndrome de Down (SD) .....	5
3. Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).....	6
III. DISCUSSÃO.....	8
1. Organizar espaços .....	9
2. Organizar os tempos.....	10
3. Entrevista informativa .....	10
4. Recursos visuais .....	11
5. Gerenciar os tempos de espera e de tratamento .....	11
6. Controlo de ansiedade .....	12
7. Higiene oral em casa .....	13
IV. CONCLUSÃO .....	15
BIBLIOGRAFIA.....	16

## **ABREVIATURAS/ SIGLAS/ ACRÓNIMOS**

**AAPD** *American Academy of Pediatric Dentistry*

**ASA** *American Society of Anesthesiology*

**OMS** Organização Mundial da Saúde

**PC** Paralisia Cerebral

**PE** Paciente Especial

**SD** Síndrome de Down

**TEA** Transtorno do Espectro Autista

## I. INTRODUÇÃO

Segundo a “American Academy of Pediatric Dentistry” as necessidades especiais de cuidados de saúde incluem todas as necessidades físicas, de desenvolvimento, deficiência sensorial, comportamental, cognitiva ou emocional ou condição limitante que requer tratamento médico, intervenção de saúde e/ou uso de serviços ou programas especializados. A condição pode ser congênita, de desenvolvimento ou adquirida por doença, trauma ou causa ambiental e pode impor limitações na realização de atividades diárias ou limitações substanciais em uma atividade importante da vida. A atenção à saúde de pessoas com necessidades especiais requer conhecimento especializado, além de maior consciencialização e atenção, adaptação e medidas de acomodação além do que é considerado rotineiro (AAPD, 2021).

Outra forma de definir o conceito de paciente especial (PE) é “todo o indivíduo, adulto ou criança, que se desvia física, intelectual, social ou emocionalmente daquilo que é considerado normal aos padrões de crescimento, desenvolvimento e, por isso, não pode receber educação regular, padronizada, requerendo educação especial e instrução suplementar em serviços adequados para o resto da vida.” (Pini, Fröhlich e Rigo, 2016).

Ao longo dos anos, a criança com necessidades especiais adquiriu um interesse crescente, a par de uma importante alteração da sensibilidade coletiva e, sobretudo, da sensibilidade familiar. Por norma, toda a atenção dos familiares e, por vezes, dos profissionais de saúde, é direcionada para a patologia incapacitante, levando a subestimar todas as outras necessidades da pessoa com deficiência. A saúde oral, por norma, tem pouca relevância estando no foco da preocupação o défice motor ou cognitivo que a criança apresenta (Mozzati e Pol, 2008).

A condição de saúde e o estado funcional em pacientes com necessidades especiais estão inter-relacionados. Há maior incidência de cárie dentária em pacientes com necessidades especiais devido à remoção inadequada de placa por deficiência motora, sensorial ou intelectual nesses pacientes. A má oclusão também afeta a saúde oral e aumenta a prevalência de cárie. O trabalho em equipa, entre o médico dentista e os profissionais de saúde envolvidos na incapacidade da criança, é fundamental para alcançar um tratamento dentário seguro e bem-sucedido no paciente com necessidades especiais (Wang et al., 2012).

As crianças com necessidades especiais podem ser, parcial ou totalmente, dependentes de alguém para realizar suas atividades diárias de higienização, e esta situação pode causar dificuldades para as suas famílias. O médico dentista tem um papel crucial no controlo e

prevenção da saúde oral dos pacientes com necessidades especiais, tendo o desafio de informar os pais da criança acerca da importância de uma boa saúde oral, alertando e informando da importância da dieta equilibrada, dos riscos para a saúde oral que a doença pode causar e boa higienização da criança. Sendo, por isso, essencial o vínculo entre o profissional, os pais e a criança (AAPD, 2010).

Objetivos:

- ✓ Despertar nos médicos dentistas uma maior sensibilidade em relação a crianças com necessidades especiais.
- ✓ Atualizar os próprios conhecimentos sobre abordagens mais atuais para PE.

## **1. Materiais e Métodos**

Para a elaboração deste trabalho de revisão narrativa foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *PubMed*, utilizando os seguintes termos de pesquisa em múltiplas combinações, através da aplicação do marcador booleano AND: “dental care”, “dental care for disabled”, “oral health”, “Cerebral palsy”, “Down syndrome”, “Autism spectrum disorder” e “pediatric dentistry”. Como critérios de inclusão foram considerados: o idioma, a data da publicação e a tipologia dos trabalhos publicados. Foram incluídos artigos redigidos em língua inglesa, portuguesa, francesa e italiana. Relativamente à tipologia dos artigos foram incluídos estudos de coorte, de caso-controlo, transversais, casos clínicos, revisões sistemáticas, meta-análises e narrativas. Foram incluídos livros disponíveis na biblioteca segundo os critérios de inclusão estabelecidos. A seleção dos artigos foi realizada inicialmente pela leitura dos títulos, posteriormente, pela leitura do resumo e, por fim, pela leitura do artigo na íntegra. Relativamente aos critérios de exclusão, não foram considerados artigos incompletos ou não disponíveis gratuitamente e artigos com informação irrelevante para o tema em desenvolvimento. Foram priorizados textos de artigos publicados entre 2001 e 2021, o que levou à seleção de um total de 46 referências bibliográficas.

## II. DESENVOLVIMENTO

Os problemas apresentados pela criança com necessidades especiais à equipa médico dentária podem ser divididos em três grupos: patogénicos, colaborativos, anestésicos (Mozzati e Pol, 2008).

Os problemas patogénicos são manifestações secundárias da doença, intimamente relacionadas a ela: displasias dentárias com anomalias estruturais e morfológicas; dimorfismos e displasias orofaciais e mau posicionamento dentário; displasias gengivais e linguais; alterações na nutrição e dismetabolismo da dentina com descalcificação: alteração da secreção qualitativa e quantitativa da saliva; distúrbios motores orofaciais; automatismos e hábitos anormais (bruxismo, mordida impulsiva); lesões adquiridas no curso de convulsões (mordida da língua, fraturas dos dentes); efeitos colaterais de drogas (hiperplasia gengival por difenildantoína) e higiene dentária difícil (Mozzati e Pol, 2008).

Os problemas relativos à colaboração das crianças com necessidades especiais com o médico dentista são talvez os aspetos mais importantes e são representados por: dificuldade de compreensão do paciente; falta de controlo emocional e falta de vontade do dentista em atender e conhecer o paciente; dificuldade em contactar o paciente com a realidade e dificuldade do dentista entrar no mundo psicológico do sujeito; défices motores e movimentos involuntários. Estas situações levam à escolha da intervenção sob efeito de anestesia geral ou sedação (Mozzati e Pol, 2008).

Problemas anestésicos devem ser avaliados após uma série de pesquisas e exames. As patologias mais frequentes que criam dificuldades são as cardiovasculares e pulmonares, e as patologias que envolvem uma alteração da estrutura física e, portanto, envolvem dificuldades na intubação (Mozzati e Pol, 2008). De acordo com a “International Association of Dentistry for Disabilities and Oral Health”, podemos classificar os pacientes especiais em 10 grupos: Desvios de Inteligência; Defeitos Físicos; Defeitos Congénitos; Desvios Comportamentais; Desvios Psíquicos; Deficiências Sensoriais; Doenças Sistémicas Crónicas; Doenças Endocrinometabólicas; Problemas Sociais e Estados Fisiológicos Especiais: gestantes e geriatria (Guedes-Pinto, 2003).

No presente trabalho será abordado a paralisia cerebral, a Síndrome de Down e o transtorno de espectro de autismo. A escolha destas necessidades especiais foi, pelo facto, destas surgirem com frequência na consulta e nesse sentido, despertar nos médicos dentistas uma maior sensibilidade e conhecimento em relação a estas crianças com necessidades especiais.

## **1. Paralisia Cerebral**

A Paralisia cerebral (PC) é um quadro permanente, uma lesão estável, não progressiva, que ocorre resultando num débil desenvolvimento motor e défice cognitivo de etiologia multifatorial, iniciando nos períodos pré-, peri- ou pós-natal. Compreende um conjunto de distúrbios neurológicos caracterizados principalmente por alterações no desenvolvimento postural e limitações de movimentos. As desordens motoras são frequentemente acompanhadas por alterações sensoriais, cognitivas, de comunicação e de comportamento, além de epilepsia e problemas musculoesqueléticos secundários. Tem sido considerada a forma mais comum de deficiência neuromuscular que afeta crianças (Guedes-Pinto, 2003; Santos et al., 2003; Carmagnani et al., 2007; Guerreiro e Garcias, 2009; Hegde e Pani, 2009; Yogi et al., 2018; Aburahma et al., 2021).

Ao nível estomatognático, os pacientes que sofrem de PC, apresentam dificuldades motoras orais, como problemas de alimentação, incluindo controlo anormal da mastigação e deglutição e anomalias da fala. A tensão muscular aumentada, atribuída aos músculos hipertónicos, é o principal elemento dos espasmos que caracterizam a doença. Problemas neuromusculares inerentes à PC levam à má oclusão, falta de selamento labial, sialorreia e respiração oral, que contribuem para as complicações dentárias esperadas encontradas nessas crianças (Guedes-Pinto, 2003; Santos et al., 2003; Carmagnani et al., 2007; Guerreiro e Garcias, 2009; Hegde e Pani, 2009; Yogi et al., 2018; Aburahma et al., 2021).

Em quase todos os pacientes, a hipoplasia do esmalte é encontrada, o estudo dos defeitos estruturais do esmalte em dentes decíduos é de grande interesse, pois permite traçar o momento etiopatogénico do período neonatal que é a base da insuficiência motora (Rosenbaum et al., 2007; Mozzati e Pol, 2008; Dougherty, 2009; Varellis, 2017).

A gravidade do défice neurológico pode representar um impedimento significativo para realizar e manter práticas eficazes de higiene oral e cuidados orais. A patologia periodontal e o índice elevado de cárie estão ligados à ausência de uma técnica de higiene adaptada ao paciente, à imunodeficiência, à insuficiente estimulação através da mastigação, consistência pastosa dos alimentos ingeridos e movimentos inadequados dos músculos mastigatórios e língua. O facto de, em alguns casos a PC estar associada a epilepsia com terapêutica antiepilética induz uma hiperplasia gengival exuberante, favorável ao desenvolvimento duma flora anaeróbia e que pode igualmente, perturbar a correta erupção dentária. Os episódios de epilepsia aumentam o

risco de lesões físicas em crianças com PC que podem levar a fraturas traumáticas de esmalte e dentina (Guedes-Pinto, 2003; Santos et al., 2003; Carmagnani et al., 2007; Guerreiro e Garcias, 2009; Hegde e Pani, 2009; Yogi et al., 2018; Aburahma et al., 2021).

Pessoas com PC têm uma alta prevalência de má oclusão de Classe II de Angle. Alguns estudos atribuem a alta prevalência de má oclusão em populações com PC aos hábitos de sucção digital, respiração oral excessiva, incompetência labial, face longa, o que pode sugerir associação com comprometimento muscular. Estudos anteriores destacaram diferenças significativas no estado de saúde gengival entre crianças com e sem PC, enquanto outros mostraram que não apenas as crianças com PC apresentam risco aumentado de cárie dentária em comparação com seus pares saudáveis, mas também, há um número elevado de problemas dentários não tratados (Santos et al., 2003; Winter et al., 2008; Miamoto et al., 2010; Rodriguez et al., 2018; Malta et al., 2021).

## **2. Síndrome de Down (SD)**

A síndrome de Down (SD) ou Trissomia do cromossoma 21 é uma doença congénita sistémica descrita pela primeira vez por Langdon Down, em 1866. É a mais comum das anomalias cognitivas congénitas, com diversas alterações a nível cognitivo, comportamental e diversas malformações físicas, entre elas a nível orofacial (Berthold et al., 2004; Reynolds, 2010).

Apresentam, desde o nascimento, hipoplasia da base do crânio e do terço médio da face. A base do nariz é achatada e o rosto é largo com hipertelorismo. Há hipotonia do músculo orbicular e da língua, que parece grande. Além disso, devido à hipotonia, a língua encontra-se em posição anómala, protuberante, muitas vezes apoiada no lábio inferior, também hipotónico. É, portanto, incapaz de exercer a função habitual de estimular o desenvolvimento do maxilar superior e do terço médio da face. Essa situação, juntamente com a falta de selamento oral devido à hipotonia do lábio inferior, leva à presença da classe III de Angle e mordida cruzada posterior. Apresentam pseudoprognatismo, compressão maxilar com palato duro pequeno e de forma ogival (Loureiro, Costa e Costa, 2007; Mozzati e Pol, 2008; Guedes-Pinto, 2003).

As doenças respiratórias são particularmente frequentes e virulentas; uma estrutura crânio-mandibular desfavorável é, de facto, o substrato anatómico que facilita o estabelecimento de um padrão respiratório oral. Não se deve subestimar, para efeitos do quadro geral do paciente,

que a hipoxigenação também pode interferir no desenvolvimento intelectual da criança, pode torná-la apática e incapaz de concentração e memória (Mozzati e Pol, 2008).

A SD normalmente caracteriza-se por: diminuição das dimensões verticais e horizontais das vias aéreas nasais com consequências na respiração; abóbada palatina estreita; subdesenvolvimento do terço médio da face resultando numa mordida cruzada unilateral ou bilateral; dentes congênitos ausentes e impactados; discrepância no tamanho do dente; pseudomacroglossia e hipotonia dos músculos periorais e dificuldades de mastigação levando a episódios frequentes de asfixia (Schuster e Giese, 2001; Mozzati e Pol, 2008; Rao et al., 2015).

Os problemas dentários são frequentes nestas crianças, sendo a incidência de gengivite e periodontite as mais preocupantes. A periodontite grave geralmente ocorre durante a adolescência, com mais perda óssea do que o normal, em adultos jovens com menos de 30 anos, o percentagem de acometidos chega a 100%. A incapacidade para manter uma higiene oral adequada é suficiente para explicar o índice elevado destas ocorrências. A este fator etiológico podem, entretanto, somarem-se outros, como respirador oral, anomalias de oclusão, dieta cariogénica e efeitos de medicamentos (Gabre, Martinsson e Gahnberg, 2001; Cambier, Masson e Dehen, 2005; Pini, Fröhlich e Rigo, 2016).

Altos níveis de desgaste dentário são, em grande parte, causados pelo bruxismo e um ambiente oral ácido causado pelo refluxo gástrico e vômitos, frequentes nestas crianças. A causa do bruxismo é multifatorial: ansiedade, má oclusão, subdesenvolvimento do controlo nervoso e hipotonia dos ligamentos da articulação temporomandibular. Os pacientes devem ser colocados em avaliação periódica para prevenir/identificar o desgaste dentário (Lang et al., 2009).

### **3. Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)**

O termo Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é usado para nomear essa patologia e toda a diversidade de suas formas clínicas, de forma dimensional. É o diagnóstico para um transtorno do neurodesenvolvimento complexo, heterogéneo, que se manifesta mais comumente como dificuldade de comunicação social e na ocorrência de comportamentos atípicos em aparência, frequência e/ou magnitude. A etiologia é desconhecida. O diagnóstico de TEA é tipicamente antes dos 3 anos, quando os cuidadores começam a notar comportamentos incomuns ou atraso

no desenvolvimento nas áreas de comunicação e interação social e compreensão (American Psychiatric Association, 2013; Elmore, Bruhn e Bobzien, 2016; Rouches et al., 2018).

Os sintomas variam consideravelmente em cada indivíduo. Embora uma autista tenha défice na comunicação social e nos comportamentos, aqueles com TEA leve podem ter fortes habilidades cognitivas que promovem a aprendizagem de habilidades de substituição adequadas nessas áreas de défice, podendo apenas demonstrar dificuldades nas habilidades sociais e nas relações interpessoais. Por outro lado, uma criança com uma forma mais grave de TEA pode apresentar problemas de fala significativos, comportamentos incomuns ou repetitivos, indiferença percebida em relação aos outros, explosões emocionais e hipersensibilidade a novos estímulos (Lytle e Tood, 2009; Weil e Ingleheart, 2012; Elmore, Bruhn e Bobzien, 2016).

Nem todas as pessoas com autismo funcionam da mesma maneira; o autismo não pode ser curado, a variedade de sintomas torna difícil prever como cada criança será afetada, mas melhorias substanciais podem ser alcançadas com intervenções psico-educativas direcionadas, intervenções educacionais e/ou comportamentais individualizadas (Lytle e Tood, 2009; Haute Autorite de Sante, 2010; Weil e Ingleheart, 2012; Elmore, Bruhn e Bobzien, 2016).

É importante saber que a mente autista tem um processamento particular de perceções; saber isso nos permite entender as reações da pessoa, facilitar as intervenções e aumentar a possibilidade de agir com sucesso. Os sentidos da pessoa com autismo são particularmente ativos, o processamento de informações na forma de perceções visuais, auditivas, táteis, cinestésicas e proprioceptivas é complexo e requer tempos prolongados. Deve-se lembrar que a pessoa nem sempre usa a linguagem verbal para expressar desconforto, então muitos comportamentos desadaptativos podem ser atribuídos ao efeito da hipersensibilidade aos estímulos ambientais (Ozino, 2016). Esses sujeitos costumam adquirir maus hábitos, como mascar pedras ou outros objetos impróprios e podem sofrer de bulimia e ter atitudes de automutilação em relação à boca e/ou dentes, produzindo, por vezes, situações desconcertantes (Dall’Oppio e Weinstein, 1990; Ross-Russell e Sloan, 2005; Pilebro e Bäckman, 2005).

No sujeito autista em que a doença é apenas de origem psíquica, o risco operatório pode ser considerado leve ou moderado. É importante ressaltar, entretanto, que o TEA pode ser encontrado em diversos quadros patológicos como: doenças genéticas, Síndrome de Down, anomalias cromossómicas; doenças metabólicas, entre outras. Nestes casos, é imprescindível verificar o estado geral do paciente e, quanto ao risco operatório, referir-se ao quadro patológico

em que o TEA está inserida (Dall’Oppio e Weinstein, 1990; Ross-Russell e Sloan, 2005; Pilebro e Bäckman, 2005). Vários estudos demonstraram que a higiene oral é insuficiente, as crianças com TEA geralmente têm mais placa dentária e tártaro, com conseqüentemente recessões gengivais, gengivite e periodontite. O risco de cárie é maior, mas há controvérsia, autores que afirmam que a criança autista tem alta prevalência e outros acreditam do contrário, que a prevalência é igual à população em geral (Loo, Graham e Hughes, 2010; Marshall, Sheller e Mancl, 2010; Jaber, 2011; Delli et al., 2013; Lu, Wei e Huang, 2013; Gandhi e Klein, 2014).

### **III. DISCUSSAO**

Os objetivos dos cuidados médico-dentários para crianças com necessidades especiais incluem:

- ✓ Estabelecer cuidados de higiene oral em idade precoce;
- ✓ Obter a história médica, dentária e social do paciente;
- ✓ Criar um ambiente propício para a consulta dentária apropriada à criança;
- ✓ Fornecer educação em saúde oral e orientação antecipatória para a criança e cuidador;
- ✓ Fornecer serviços preventivos e terapêuticos, incluindo orientação comportamental e uma abordagem multidisciplinar quando necessário (AAPD, 2021).

Atualmente, as famílias e profissionais de saúde têm percebido a importância da saúde oral da pessoa com deficiência, que mais frequentemente, em idade precoce, faz a primeira consulta dentária. A avaliação precoce e conseqüentemente consultas periódicas permitem diagnosticar as patologias na fase inicial, quando as terapias são apenas intercetivas e conservadoras, tecnicamente simples, pouco invasivas e capazes de garantir resultados estáveis do ponto de vista técnico e psicológico. A familiaridade com o histórico médico do paciente é essencial. Um histórico médico preciso, abrangente e atualizado é necessário para o diagnóstico correto, planejamento eficaz do tratamento e redução do risco de agravar uma condição médica durante a prestação de cuidados. (Mozzati e Pol, 2008; AAPD, 2021).

Pacientes com necessidades especiais podem expressar um nível maior de ansiedade em relação ao atendimento dentário do que aqueles sem deficiência, o que pode afetar negativamente a frequência das consultas dentárias e, subseqüentemente, a saúde oral. Devem ser tidos em conta

os seguintes aspetos em todas as fases da interação entre a criança com necessidades especiais e a equipa dentária: o desconforto e dor de origem dentária, a decisão de consultar o médico dentista, a relação de confiança com ele, a organização de consultório e os aspetos da anestesia e sedação. Durante a primeira abordagem com o paciente, é necessário tentar entrar no campo de visão dele, caso contrário, não se pode ter certeza de que ele notou a presença do médico dentista. Sempre responder às suas perguntas e falar de forma clara e específica, usando uma linguagem concreta. Se lhe for feita uma pergunta, esperar pacientemente pela sua resposta, sem renovar o mesmo pedido. O tempo de processamento desses pacientes é muito longo. A compressão desses aspetos pelo médico dentista, pode auxiliar no êxito dos tratamentos. É importante ter em conta que, nem sempre é possível o diálogo e temos de procurar outras formas de comunicação, com a ajuda dos cuidadores (Ozino, 2016).

### **1. Organizar espaços:**

Para tratamentos dentários em crianças com necessidades especiais, um espaço delimitado, estruturado e previsível, deve estar sempre disponível de forma a reduzir a ansiedade e evitar comportamentos inadequados por parte do paciente. Um espaço delimitado significa preparar e tornar o ambiente mais funcional para sua finalidade. Pessoas com deficiência podem, na maioria das vezes, apresentar hipersensibilidade aos estímulos ambientais que as cercam, como luzes e sons. Para reduzir esse fenómeno, óculos escuros, fones de ouvido antirruído podem ser usados durante as consultas, sendo ferramentas familiares para eles. A partir daí, o profissional terá de tentar minimizar todos os estímulos sensoriais, por exemplo, reduzindo a intensidade da lâmpada da unidade ou abrindo caixas de instrumentos barulhentos antes que o paciente entre na sala (Ozino, 2016)

Os instrumentos não devem ficar expostos e é útil limitar ao mínimo o número de ferramentas utilizadas, introduzindo-as gradualmente nas visitas subsequentes. Nas primeiras consultas é melhor não usar a farda branca, substituindo-o por um uniforme de uma cor alegre, mas não excessivamente chamativo. Prever o uso de objetos relaxantes e antistress, como bolas de borracha ou almofadas macias fixadas com velcro nos apoios de braço da cadeira. É possível projetar um filme ou ouvir música. Em nenhuma circunstância devem ser usados métodos coercitivos. Nos casos em que não for possível continuar, interromper e solocitar o reagendamento da consulta (Ozino, 2016).

## **2. Organizar os tempos:**

O contato inicial do cuidador e do paciente com a consulta dentária permite a ambas as partes, uma oportunidade de abordar as necessidades primárias de saúde oral da criança e confirmar a necessidade de agendar uma consulta (AAPD, 2021).

Juntamente com o nome da criança, idade e queixa principal, na recepção, deve-se determinar a presença e tipo de patologia que o paciente apresenta. A necessidade de aumento do tempo da consulta dentária e o trabalho de equipa, bem como serviços personalizados, devem ser documentados para que a equipa dentária esteja preparada para acomodar as circunstâncias únicas do paciente em cada visita subsequente (AAPD, 2021).

O critério que deve orientar as ações do profissional é a gradualidade. Uma tarefa indispensável é remover ou reduzir os obstáculos: mentais, espaciais e perceptivos. As ações principais são: efetuar uma entrevista informativa; utilizar recursos visuais para comunicação e gerenciar os tempos de espera e de tratamento (Ozino, 2016).

## **3. Entrevista Informativa**

Uma entrevista detalhada com o cuidador do paciente é essencial para obter informações úteis e planear a intervenção. Para se relacionar com o paciente, também é necessário saber como ele se comunica e se são necessários outros suportes de comunicação. Uma discussão completa do histórico médico e dentário é essencial antes do tratamento e pode ser necessário obter algumas informações do médico, do terapeuta da fala e de outros profissionais de saúde, principalmente os médicos especialistas na doença em questão. Um vínculo com outros especialistas permitirá agir com segurança caso pretenda administrar medicamentos para tratar doenças dentárias ou controlar a ansiedade do paciente (Guedes-Pinto, 2003; Ozino, 2016).

A família é uma fonte de informação indispensável para dar uma visão mais precisa dos recursos disponíveis aos indivíduos, tais como: o que o paciente gosta e o que o tranquiliza; o que o incomoda; quais são suas habilidades: manobras que o sujeito é capaz de realizar bem e que o gratificam para fazê-lo. Realizá-las após a sessão e evitar que isso seja associado a um evento frustrante a repetir; quais são as recompensas mais bem-vindas para usar como reforço positivo (Ozino, 2016).

#### 4. Recursos Visuais:

Agenda icónica: É um álbum de imagens pré-fabricadas que retratam as várias etapas que a pessoa terá de enfrentar para se submeter a um trabalho dentário: o ambiente em que ele se encontrará, os profissionais que o acompanharão, as ferramentas utilizadas, para fazê-lo entender o que vai acontecer e como ele terá que se comportar. Estes recursos visuais devem ser calibrados nas habilidades reais da pessoa que os usa; um paciente pode facilmente usar fotografias enquanto outro pode preferir o uso de desenhos (Ozino, 2016).

História Social: uma história visual e narrativa composta por uma série de imagens sequenciais que reproduzem tudo o que o paciente verá ao chegar ao consultório (Ozino, 2016).

Duas semanas antes do tratamento, a família e os médicos dentistas preparam estas duas ferramentas para serem apresentadas ao paciente, de forma a permitir-lhe uma compreensão da situação que irá enfrentar. A equipa do consultório terá de dar suporte para a realização destas ferramentas, disponibilizando as imagens necessárias (Ozino, 2016).

#### 5. Gerenciar os tempos de espera e de tratamento:

As sessões agendadas devem ser as mais curtas possível. É útil marcar consultas no início ou no final do dia. Na sala de espera deve ficar claro onde o paciente deve se sentar e se é possível instalar um monitor que projete imagens que lhe são familiares, ou aproveitar para mostrar-lhe ilustrações em sequência do tratamento dentário. Se isso não for possível, reduza o tempo de espera ao mínimo. Os cuidadores saberão como entreter o paciente (Ozino, 2016).

Na primeira consulta deverá familiarizar com o consultório, existem duas técnicas:

- ✓ *Shaping*: é uma técnica para modelar o comportamento que queremos que seja alcançado de forma gradual, a pessoa emite aproximações sucessivas cada vez mais precisas e semelhantes ao comportamento exigido: levá-lo para conhecer o local; fazê-lo sentar na cadeira sem iniciar o tratamento.
- ✓ *Modeling*: técnica que consiste em fazer com que uma pessoa significativa (melhor se for um par) observe que ela realiza o comportamento adequado. A pessoa atua como modelo, essa abordagem é baseada no processo imitativo. Por exemplo deixá-lo assistir

de alguma intervenção realizada noutro paciente, talvez no mesmo cuidador, para lhe mostrar que o que deve ser realizado não causa dor ou desconforto (Ozino, 2016).

As instruções devem assumir a forma de "tell-show-do". Apresentar medidas preventivas ou de tratamento de forma simples passo a passo. No final da sessão, devem ser fornecidos reforços motivacionais com recompensas personalizados com base nas informações recebidas dos profissionais. Agendar várias sessões curtas a curta distância umas das outras, especialmente quando forem necessárias intervenções invasivas, para garantir o mais alto nível de colaboração (Ozino, 2016).

## **6. Controlo de ansiedade:**

Dependendo do grau de colaboração, será possível decidir se o tratamento de patologia dentária será possível com as técnicas básicas de controlo de comportamento ou se será preciso o uso de sedação ou anestesia geral. Nas maiorias dos casos, os PE, apresentam-se no consultório em situações de emergência e, mesmo em pacientes mais colaborantes, os médicos dentistas têm dificuldade em tratá-los. É razoável decidir por uma primeira intervenção sob o efeito de sedação ou anestesia geral para resolver a patologia aguda; posteriormente o paciente será seguido nas consultas de controlo, durante o qual a familiaridade com o ambiente dentário vai crescer (Ozino, 2016).

O tratamento sob efeito de anestesia geral deve seguir os seguintes princípios: eliminar toda a patologia dentária atual para evitar outras intervenções com anestesia durante pelo menos 12 meses; o prognóstico deve ser favorável; o tempo deve ser contido e controlado, e depende do estado geral de saúde do paciente (Mozzati e Pol, 2008).

O mundo dos pacientes especiais luta contra o uso indiscriminado de fármacos, para reprimir comportamentos inadequados, em favor de técnicas menos invasivas. Segundo a OMS somente 8% dos pacientes com necessidades especiais têm indicação para receberem tratamento dentário sob anestesia geral (Guedes-Pinto, 2003).

Como alternativa, podem ser consideradas as seguintes opções:

- ✓ Iatrosedação: técnicas comportamentais, não farmacológicas, a fim de reduzir a ansiedade. Inclui todas as estratégias já descritas acima (*modeling, shaping, recursos*

visuais, etc.). Se devidamente implementado, produz excelentes resultados que contribuem para a conquista de importante autonomia dos nossos pacientes.

- ✓ Administração de ansiolíticos: por via oral ou rectal, administrada cerca de uma hora antes da sessão. Pode-se utilizar a combinação de ansiolíticos com anti-histamínicos, aproveitando o efeito sedativo deste último. Se as técnicas anteriores não forem eficazes, pode ser utilizada administração intravenosa.
- ✓ Sedação consciente com óxido nitroso: envolve a administração de uma mistura de dois gases, oxigénio e óxido nitroso, inalado através de uma máscara colocada no nariz. Oferece vantagens e desvantagens: o gás é eliminado rapidamente da respiração sem sobrecarregar os órgãos excretores, obtém um bom controle sobre a frequência cardíaca e respiratória. No entanto, é ineficaz se a criança não quer cooperar, se chora ou respira pela boca (Ozino, 2016).

## **7. Higiene oral em casa:**

Pacientes com necessidades especiais necessitam de mais atenção dos cuidadores em relação à sua saúde oral. Não só, por causa do risco aumentado de patologias orais, como cárie ou periodontite devido às condições sistémicas e malformações anatómicas que possuem, mas também, porque não possuem as competências físicas e cognitivas necessárias para levar a cabo ações rotineiras de prevenção da higiene oral (Ozino, 2016).

Os planos de tratamento destas crianças têm em especial cuidado as medidas preventivas, que muitas vezes são instituídas antes da reabilitação oral. Este plano passa por várias consultas, nas quais o médico dentista tenta intervir na vertente psicológica da criança, pois a prevenção passa muito por ela e pelos pais. Havendo um prognóstico insatisfatório para a doença da criança, o tratamento deverá ser paliativo, focando-se maioritariamente na prevenção da saúde oral (Ozino, 2016).

As instruções de higiene oral devem ser estabelecidas até os 12 meses de idade, especialmente para crianças com necessidades especiais. Essas tarefas oferecem uma oportunidade para implementar práticas preventivas de saúde oral individualizadas, ajudar a estabelecer cuidados dentários de rotina e reduzir o risco da criança de doenças orais evitáveis. A prevenção é necessária para minimizar as intervenções dentárias invasivas, que podem exigir hospitalização

e anestesia geral. Pode ser necessário colaborar com profissionais de reabilitação psicoeducacional na construção de ferramentas úteis para a higiene oral em casa (Ozino, 2016; AAPD, 2021).

É útil utilizar uma sequência de imagens para ser colocadas na frente do lavatório que reproduz a sequência correta de movimentos a efetuar. Os pais/responsáveis podem receber uma tabela que permite registar as melhorias feitas pelo paciente e destacar os passos sobre os quais há maior dificuldade, de modo a organizar exercícios simples com o objetivo de desenvolver a coordenação oculo-manual (Ozino, 2016).

A educação dos pais/auxiliares e a adoção de medidas preventivas são fundamentais na primeira infância, para que a saúde oral seja preservada. O médico dentista deve explicar e demonstrar as melhores técnicas de higienização aos pais. A prevenção pelos responsáveis passa por:

- ✓ Placa Bacteriana: índice de placa, profilaxia, orientação aos pais sobre o controlo da placa bacteriana – escovas convencionais e unitufo e fio dentário.
- ✓ Dieta Alimentar: solicitar aos pais a elaboração dum diário alimentar, para posteriormente ser analisado e revisto para uma dieta alimentar mais saudável e menos cariogénica.
- ✓ Orientações sobre o desenvolvimento das dentições, traumatismos e hábitos deletérios (Mouradian, 2001; Guedes-Pinto, 2003; Toledo, 2005; AAPD, 2008).

É fundamental uma instrução correta e clara das técnicas adequadas de higiene oral, fazendo uso de demonstrações visuais e práticas, que, conseqüentemente, o cuidador transmitirá ao paciente (Ozino, 2016; AAPD 2021).

De acordo com o risco individual da criança relativamente à cárie dentária e à doença periodontal, o médico dentista tem de estabelecer um plano de prevenção rigoroso e as consultas de controlo variam de mensais a quadrimestrais. (Guedes-Pinto, 2003; AAPD, 2008).

A falha do tratamento conservador pode ser atribuída a dois fatores:

- ✓ Ao paciente: grau de colaboração, a possibilidade de manter a higiene oral adequada, presença de anormalidades dentárias/estruturais e parafunções;
- ✓ Tipo de tratamento: requer tempo limitado para a necessidade de realizar múltiplos tratamentos em sessão única (Mozzati e Pol, 2008).

A atenção do médico dentista não deve ser focada exclusivamente no elemento dentário, mas deve ser considerada juntamente com a avaliação mais complexa e completa da criança com necessidades especiais (Mozzati e Pol, 2008).

É de extrema importância a participação do médico dentista na reabilitação e na integração do PE ao meio social. Além de sua área de atuação, o profissional deve estar dotado de conhecimentos em áreas multidisciplinares. O atendimento deve ser incentivado, com a finalidade de que a atenção dada a estes pacientes aconteça de forma integrada nas mais diversas áreas, tendo como objetivo final seu bem-estar (Rigo et al., 2016).

Toda a terapêutica prestada às crianças com necessidades especiais deve ser multidisciplinar.

#### **IV. CONCLUSÃO**

A educação especializada e um conhecimento vasto das características físicas, intelectuais, emocionais e sociais particulares de cada paciente é muito importante no tratamento das crianças com necessidades especiais.

Verifica-se a necessidade de uma maior atenção aos cuidados de saúde oral em crianças com necessidades especiais, tendo o médico dentista destaque na prevenção e tratamento médico dentário.

É fundamental conhecer quais as abordagens terapêuticas mais indicadas para cada caso, mas o médico dentista não deve limitar-se a uma abordagem mecânica, ou seja, tratar apenas as patologias dentro da cavidade oral, mas sim criar uma relação real de confiança com o paciente.

A comunicação correta, clara e simples, somada às habilidades empáticas do profissional, desempenha um papel fundamental no tratamento dessa categoria de pacientes que devem adquirir confiança para expressar livremente seus desconfortos, e, conseqüentemente, melhorar o atendimento clínico.

## BIBLIOGRAFIA

- Aburahma, S. K., *et al.* (2021). Dental health status and hygiene in children with cerebral palsy: A matched case-control study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 31(6), pp. 752-759.
- AAPD. (2008). Reference Manual: Guideline on Management of Dental Patients with Special Health Care Needs. *Clinical Guidelines*, 31(6), pp. 113-17.
- AAPD. (2010). Illustrated Information for Parent Education: Parent and Patient Responses. *Pediatric Dentistry*, 32(4), pp. 295-303.
- AAPD. (2021). *Management of dental patients with special health care needs. The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry, pp. 287-94.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed.* Washington DC: American Psychiatric Press.
- Berthold, T. B., *et al.* (2004). Síndrome de Down: aspectos gerais e odontológicos. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 3(2), pp. 252-260.
- Cambier, J., Masson, M., e Dehen, H. (2005). *Neurologia, Decima edizione italiana*. Milano: Masson S.P.A.
- Carmagnani, F. G., *et al.* (2007). Occlusal characteristics in cerebral palsy patients. *Journal of Dentistry for Children*, 74(1), pp. 41-45.
- Dall'Oppio, L., e Weinstein, R. (1990). *Handicappato e paziente a rischio in odontoiatria*. Elsevier.
- Delli, K., *et al.* (2013). Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: concerns, behavioural approaches and recommendations. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 18(6), pp. e862-8.
- Dougherty, N. J. (2009). A review of cerebral palsy for the oral health professional. *Dental Clinics of North America*, 53(2), pp. 329-338.

Elmore, J. L., Bruhn, A. M., e Bobzien, J. L. (2016). Interventions for the reduction of dental anxiety and corresponding behavioral deficits in children with autism spectrum disorder. *American Dental Hygienists' Association*, 90(2), pp. 111-120.

Gabre, P., Martinsson, T., e Gahnberg, L. (2001). Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. *European Journal of Oral Sciences*, 109(1), pp. 20-26.

Gandhi, R. P., e Klein, U. (2014). Autism spectrum disorders: an update on oral health management. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, 14, pp. 115-126.

Guedes-Pinto, A. C. (2003). *Odontopediatria*. São Paulo: Santos.

Guerreiro, P. O., e Garcias, G. D. L. (2009). Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, pp. 1939-1946.

Haute Autorite de Sante. (2010). *Strategies de prevention de la carie dentaire*. Haute Autorite de Sante. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges\\_synthese\\_carie\\_dentaire\\_version\\_postcollege-10sept2010.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf).

Hegde, A. M., e Pani, S. C. (2009). Drooling of saliva in children with cerebral palsy—etiology, prevalence, and relationship to salivary flow rate in an Indian population. *Special Care in Dentistry*, 29(4), pp. 163-168.

Jaber, M. A. (2011). Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. *Journal of Applied Oral Science*, 19, pp. 212-217.

Lang, R., *et al.* (2009). Treatment of bruxism in individuals with developmental disabilities: a systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 30(5), pp. 809-818.

Loo, C. Y., Graham, R. M., e Hughes, C. V. (2009). Behaviour guidance in dental treatment of patients with autism spectrum disorder. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 19(6), pp. 390-398.

Loureiro, A., Costa, F., e da Costa, J. (2007). The impact of periodontal disease on the quality of life of individuals with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 12(1), pp. 50-54.

Lu, Y. Y., Wei, I. H., e Huang, C. C. (2013). Dental health—A challenging problem for a patient with autism spectrum disorder. *General Hospital Psychiatry*, 35(2), pp. 214-e1.

Lytle, R., e Todd, T. (2009). Stress and the student with autism spectrum disorders: Strategies for stress reduction and enhanced learning. *Teaching Exceptional Children*, 41(4), pp. 36-42.

Malta, C. P., et al. (2021). Effect of cerebral palsy and dental caries on dental plaque index, salivary parameters and oxidative stress in children and adolescents. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 22(1), pp. 21-28.

Marshall, J., Sheller, B., e Mancl, L. (2010). Caries-risk assessment and caries status of children with autism. *Pediatric Dentistry*, 32(1), pp. 69-75.

Miamoto, C. B., et al. (2010). Severity of malocclusion in patients with cerebral palsy: determinant factors. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 138(4), pp. 394-e1.

Mouradian, W. E. (2001). The face of a child: children's oral health and dental education. *Journal of Dental Education*, 65(9), pp. 821-831.

Mozzati, M., e Pol, R. (2008). Chirurgia Stomatologica biologicamente guidata. Approccio al paziente. Linee guida e protocolli operativi. *UTET, Torino*, pp. 105-12.

Ozino, M. S. (2016). *Vademecum per conoscere e meglio interagire con piccoli e grandi pazienti con Autismo*. Coordinamento Autismo Piemonte.

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

Pini, D. D. M., Fröhlich, P. C. G. R., e Rigo, L. (2016). Avaliação da saúde bucal em pessoas com necessidades especiais. *Einstein (São Paulo)*, 14, pp. 501-507.

Rao, D., et al. (2015). Malocclusion in down syndrome-a review: clinical review. *South African Dental Journal*, 70(1), pp. 12-16.

Reynolds, T. (2010). The triple test as a screening technique for Down syndrome: reliability and relevance. *International Journal of Women's Health*, 2, pp. 83-8.

Rodriguez, J. P. L., *et al.* (2018). Dental decay and oral findings in children and adolescents affected by different types of cerebral palsy: A comparative study. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 42(1), pp. 62-66.

Rosenbaum, P., *et al.* (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 109(suppl 109), pp. 8-14.

Ross-Russell, M., e Sloan, P. (2005). Autoextraction in a child with autistic spectrum disorder. *British Dental Journal*, 198(8), pp. 473-474.

Rouches, A., *et al.* (2018). Amélioration de la santé orale des enfants avec autisme: les outils à notre disposition. *Archives de Pédiatrie*, 25(2), pp. 145-149.

Santos, M. T., *et al.* (2003). Oral conditions in children with cerebral palsy. *Journal of Dentistry for Children*, 70(1), pp. 40-46.

Schuster, G., e Giese, R. (2001). Retrospective clinical investigation of the impact of early treatment of children with Down's syndrome according to Castillo-Morales. *Journal of Orofacial Orthopedics/Fortschritte der Kieferorthopädie*, 62(4), pp. 255-263.

Toledo, O. A. (2005). *Odontopediatria, Fundamentos para a Prática clínica*. São Paulo: Medbook, 15, pp. 343-363.

Varellis, M. L. Z. (2017). *O paciente com necessidades especiais na odontologia*. Grupo Gen-Guanabara Koogan.

Wang, Y. C., *et al.* (2012). Dental anesthesia for patients with special needs. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica*, 50(3), pp. 122-125.

Weil, T. N., e Inglehart, M. R. (2012). Three-to 21-year-old patients with autism spectrum disorders: Parents' perceptions of severity of symptoms, oral health, and oral health-related behavior. *Pediatric Dentistry*, 34(7), pp. 473-479.

Winter, K., Baccaglini, L., e Tomar, S. (2008). A review of malocclusion among individuals with mental and physical disabilities. *Special Care in Dentistry*, 28(1), pp. 19-26.

Yogi, H., *et al.* (2018). Determinant factors of malocclusion in children and adolescents with cerebral palsy. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 154(3), pp. 405-411.