

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

FRANCESCA MORO LEONARDI

VERIDIANA GERMANO ECKE

AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES COM DEFICIÊNCIA ATENDIDOS NA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFRGS

Porto Alegre

2016

FRANCESCA MORO LEONARDI
VERIDIANA GERMANO ECKE

AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES COM DEFICIÊNCIA ATENDIDOS NA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFRGS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Odontologia da
Faculdade de Odontologia da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, como requisito
parcial para obtenção do título de Cirurgião-
Dentista.

Orientadora: Márcia Cançado Figueiredo

Porto Alegre

2016

CIP- Catalogação na Publicação

Ecke, Veridiana Germano

Avaliação do perfil dos pacientes com deficiência atendidos na Faculdade de Odontologia da UFRGS / Veridiana Germano Ecke, Francesca Moro Leonardi. – 2016.

28 f.

Orientadora: Márcia Cançado Figueiredo.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Perfil. 2. Pacientes com deficiência. 3. Assistência odontológica para pessoas com deficiências. I. Leonardi, Francesca Moro. II. Figueiredo, Márcia Cançado, orient. III. Título.

RESUMO

LEONARDI, F. M.; ECKE, V. G. **Avaliação do perfil dos pacientes com deficiência atendidos na Faculdade de Odontologia da UFRGS**. 2016. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Este estudo tem como objetivo avaliar o perfil dos pacientes com deficiência atendidos na Disciplina de Atendimento Odontológico do Paciente com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A partir dos prontuários odontológicos dos pacientes atendidos em nível ambulatorial entre 2007 e 2015 foram obtidas informações em relação a idade do paciente no primeiro atendimento, sexo, forma de acesso, procedência, medicamento de uso contínuo utilizado, doenças apresentadas, responsável pela higiene bucal, frequência de higiene bucal, uso de fio dental, consistência e frequência de sacarose, motivo da primeira consulta e número de consultas. A livre demanda foi a principal forma de acesso, sendo grande parte dos pacientes provenientes da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul/Brasil. Os principais responsáveis pela higiene bucal foram os pais. A maioria realiza escovação 3x ao dia e não faz uso de fio dental. Os pais tendem a realizar a higiene bucal (escovação) mais vezes ao dia comparado quando o próprio paciente é responsável pela higiene bucal. O consumo de sacarose na maioria dos casos foi de 4 vezes ao dia e a forma mais frequente da ingestão de sacarose foi a pegajosa. Os motivos mais comuns da primeira consulta foram respectivamente rotina, cárie e urgência. As principais doenças encontradas foram: autismo, Síndrome de Down, paralisia cerebral, retardo mental e epilepsia. Houve associação significativa entre retardo do desenvolvimento neuropsicomotor e epilepsia e também entre Síndrome de Down e cardiopatia. Com relação ao uso de medicamentos de forma contínua os mais frequentes foram anticonvulsivantes, antipsicóticos e antiepilépticos. A relevância deste trabalho se faz em vista da extrema importância de conhecer a fundo a condição dos pacientes com deficiência, pois somente desta forma poderá ser oferecido um tratamento adequado, devolvendo e desenvolvendo a saúde e qualidade de vida dos mesmos.

Palavras-chave: Perfil. Pacientes com deficiência. Assistência odontológica para pessoas com deficiências.

ABSTRACT

LEONARDI, F. M.; ECKE, V. G. **Evaluation of the profile of disabled patients treated at the Dental School of the Federal University of Rio Grande do Sul.** 2016. 28 p. Final Paper (Graduation in Dentistry) - Faculdade Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

This study aims to evaluate the profile of patients with disabilities which were attended in the discipline of Dental Care of Patients with Special Needs from the Department of Dentistry from the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS). From the dental records of patients treated at the ambulatorial level between 2007 and 2015 were obtained information about the patient's age at first consultation, sex, form of access, origin, continuous use of medication used, past illnesses, responsible for oral hygiene, frequency oral hygiene, use of dental floss, consistency and frequency of sucrose, reason for the first visit and number of visits. Free demand was the main form of access, and largely came from Porto Alegre, Rio Grande do Sul / Brazil. The main responsible for oral hygiene were the parents. Most performs brushing 3x a day and does not flossing. Parents tend to perform oral hygiene (brushing) more times a day compared to when the patient is responsible for the oral hygiene. The sucrose consumption in most cases was 4 times a day and the most frequent form of sucrose intake was the sticky. The most common reasons for the first visit were respectively routine, caries and urgency. The main diseases were: autism, down syndrome, cerebral palsy, mental retardation and epilepsy. There was a significant association between delayed psychomotor development and epilepsy and between down syndrome and heart disease. Concerning the use of the medications of continuously use the most common were anticonvulsants, antipsychotics and antiepileptics. The relevance of this work is done is because the extreme importance of knowing the background of the condition of patients with disabilities, because only in this way can be offered appropriate treatment, restoring and developing the health and quality of life for them.

Keywords: Profile. Disabled persons. Dental care for disabled.

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--------------------------|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 6 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 8 |
| 3 | ARTIGO | 9 |
| 4 | CONCLUSÃO | 27 |
| | REFERÊNCIAS | 28 |

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados da World Health Organization (2000), 10% da população mundial é constituída por indivíduos portadores de necessidades especiais. Esse grupo de pacientes engloba aqueles com deficiência mental, deficiência física, anomalias congênitas, distúrbios comportamentais, transtornos psiquiátricos, distúrbios sensoriais e de comunicação (HADDAD, 2007). As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, etc.

Nem sempre uma necessidade especial pode ser identificada pelo aspecto físico, sendo assim, o cirurgião-dentista deve realizar anamnese detalhada a fim de detectar possíveis alterações e assim proporcionar atendimento odontológico integral e seguro (VARELLIS, 2005). Dessa forma, há a necessidade de individualização na abordagem e plano de tratamento, sendo cada caso único com características peculiares, ainda que a moléstia de base seja a mesma.

Pelas diversas peculiaridades referentes ao atendimento de pacientes com deficiência, atualmente, no Brasil, o atendimento odontológico a essa população, muitas vezes, limita-se a instituições, onde o cirurgião-dentista, em raros casos, integra uma equipe multidisciplinar e desempenha importante papel na manutenção e melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

Como não tiveram, no curso de graduação, a oportunidade de conhecer e vivenciar esse tipo de atendimento, a maioria dos profissionais prefere não atendê-los em âmbito privado e público (HADDAD, 2007), encaminhando-os a centros de referência já saturados. Além disso, não é incomum não saberem a quem indicar, devido à escassez de profissionais preparados para atender a demanda de pacientes com deficiência em nosso país.

Observando a considerável necessidade desses pacientes e a grande dificuldade em encontrar profissionais capacitados, consideramos importante relatar o perfil desses pacientes com suas principais características a fim de que os cirurgiões-dentistas sintam-se melhor preparados para o atendimento integral.

Tudo isso ocorre e deve ocorrer tendo em vista as peculiaridades de tais pacientes, haja vista a atenção redobrada no cuidado e tratamento dos mesmos. Com esse tipo de atenção, busca-se incentivar o envolvimento e comprometimento dos pais/cuidadores ao mesmo tempo em que o dentista responsável tenha acesso a todas as informações necessárias para assim alcançar um resultado satisfatório no planejamento e execução no tratamento do paciente.

Além do que, visa-se, também, a inserção do paciente no meio social em que está inserido, através de ensinamentos que resgatem sua autoestima e que o tornem consciente a respeito da importância dos cuidados odontológicos na sua saúde como um todo.

2 OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo avaliar o perfil dos pacientes com deficiência atendidos na Disciplina de Atendimento Odontológico do Paciente com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Foram analisados os seguintes dados: idade, sexo, motivo da primeira consulta, diagnóstico ou descrição da deficiência dada pelo médico, condição de saúde associada ou não à deficiência, medicação contínua utilizada, acesso (Livre Demanda / SUS), procedência, número de consultas e hábitos relacionados à saúde bucal.

3 ARTIGO

INTRODUÇÃO

Várias nomenclaturas foram designadas aos pacientes com deficiência: pacientes com necessidades especiais, pacientes especiais, pacientes portadores de deficiência, inválidos, incapazes, entre outras. Porém, na Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com Deficiência ficou decidido que o termo correto deve ser “pessoas com deficiência”.¹

Diversos institutos jurídicos no país ratificam tal assertiva, tanto que a portaria nº 2.344 de 03 de novembro de 2010, no seu artigo 2º, inciso I, modificou o termo “pessoas portadoras de deficiência” para “pessoas com deficiência”.²

Além disso, a recente lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, instituiu a denominada “Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)”, corroborando a nova nomenclatura. Por outro lado, nessa mesma lei há a definição com as características de pessoas com deficiência, eis:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.³

A definição supracitada é deveras importante, visto que segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mais de 45,6 milhões (23,9%) de brasileiros declararam ter alguma deficiência, totalizando um número bastante elevado.⁴

Igualmente, tal dado reflete a necessidade de uma gama de proteções, atendimentos e cuidados específicos a essas pessoas, sendo exemplo disso as particularidades no atendimento aos pacientes com deficiência na odontologia.

Quanto à porcentagem acima mencionada, a deficiência visual atinge 35,7 milhões de pessoas. A deficiência motora aparece como a segunda mais frequente: número superior a 13,2 milhões. Por outro lado 9,7 milhões são deficientes auditivos e, por fim, a deficiência mental ou intelectual atinge 2,6 milhões de brasileiros. O maior percentual de pessoas com pelo menos uma das deficiências acima está no Nordeste do país, com cerca de 26,6% da população. No Sul e no Centro-Oeste foi registrado o menor percentual (22,5% em cada).⁴

Tendo em vista essas estatísticas, reitera-se a grande importância de conhecer um paciente com deficiência como um todo, para dessa forma proporcionar-lhes um atendimento individualizado, integral e satisfatório. Deste modo, este estudo teve como objetivo avaliar o perfil dos pacientes com deficiência atendidos durante 8 anos na Disciplina de Atendimento Odontológico do Paciente com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

REVISÃO DE LITERATURA

A Constituição Federal de 1988, no seu Art. 196 preceitua que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.⁵

Desse modo, não basta a mera afirmação de que todos possuem o direito à saúde, é necessário que seja assegurado, na prática, aquilo que está contido na letra da lei através da execução de políticas públicas. Nessa mesma esteira, observa-se que o acesso pleno e eficaz à Odontologia é condição necessária para que o direito à saúde seja concretizado, visto que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo.

De acordo com o supracitado, tendo como base que a saúde é um direito de todos, sem exceção, fica clara a necessidade da inclusão dos pacientes com deficiência nas políticas públicas de saúde, tendo em vista, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁶, 10% da população mundial é constituída por pessoas com deficiência, sendo que a maioria desses indivíduos está em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, e apenas 2% dessas pessoas recebem atendimento adequado voltado para as suas necessidades. Porém não basta apenas à criação de ações e políticas públicas voltadas para este público, deve-se também capacitar os profissionais para qualificar a prestação de serviços.

Para promover um atendimento de qualidade é imprescindível que o profissional conheça o perfil do paciente, para isso o primeiro passo é realizar uma minuciosa anamnese seguida de uma criteriosa avaliação física, a fim de identificar as características e eventuais peculiaridades do paciente, além de saber mais acerca de alguma deficiência que ele possa ter. Nos casos dos pacientes com deficiência é de extrema importância conhecer a fundo a sua condição, pois somente desta forma poderá ser oferecido um tratamento adequado, devolvendo e desenvolvendo a sua saúde e qualidade de vida.

De acordo com Marra⁷, pessoas com deficiência tendem a ter mais doenças dentárias, ausências de dentes e maior dificuldade para receber tratamento odontológico do que outros membros da população, em razão do despreparo do profissional para essa área de atuação.

Neste ínterim, salienta-se que a prestação de um devido atendimento para estes pacientes se inicia pela capacitação dos odontólogos, principalmente porque existem muito poucos profissionais especializados nessa área.

No Brasil, a partir da Resolução 25/2002, publicada no Diário Oficial da União em 28/05/2002, pelo Conselho Federal de Odontologia, regulamentou-se a especialidade, com o propósito de capacitar os Cirurgiões-Dentistas para o atendimento de pessoas com deficiência.⁸ Segundo o Conselho Federal de Odontologia existem 583 inscritos, em todo o Brasil, como especialistas no atendimento à pacientes com deficiência.⁹ Esse número demonstra a falta de profissionais capacitados para atender esses pacientes e também demonstra a necessidade de mudanças com relação ao currículo visando à formação de cirurgiões-dentistas com tal capacidade, tendo em vista o número expressivo de pacientes com esta condição.

A ineficiência da assistência odontológica aos pacientes com deficiência decorre da falta de preparo e conhecimento por parte dos responsáveis no atendimento aos pacientes, das informações inadequadas quanto às condições de saúde bucal e às necessidades odontológicas do paciente, da negligência do tratamento odontológico pelos serviços de saúde e à ausência de importância com que é tratado o cuidado da saúde bucal por parte dos responsáveis.¹⁰

Para Nowak¹¹ existem outras razões no que tange à ineficácia da atenção odontológica aos pacientes com deficiência, tais como a ausência do ensino dessa matéria nos currículos de graduação, a falta de comunicação e integração entre as demais áreas da saúde e também devido à ausência de métodos educativos e práticos que possibilitem a educação e prevenção dos problemas bucais.

Para Silva, Weber, Blessmann e Fritscher¹² o atendimento de pacientes com deficiência na graduação, proporciona, durante a formação do profissional, mais do que apenas técnicas clínicas, mas também outras experiências, como a das relações interpessoais que vão servir para a formação do discente como indivíduo. Portanto, é de grande importância quantificar e qualificar este grupo de pacientes para caracterizarmos melhor o serviço de atendimento e oferecermos ao aluno um aprendizado de qualidade.

Outras circunstâncias, tais como custo financeiro, problemas com a autoimagem, dificuldade da mobilidade e acesso de alguns pacientes com deficiência, especialmente a motora, e o número escasso de profissionais prejudicam o atendimento odontológico.¹³

Silva, Weber, Blessmann e Fritscher¹² relataram também que o atendimento dos pacientes com deficiência exige cuidados especiais característicos que comportam as reais necessidades dos mesmos. Essa atenção compreende desde procedimentos clínicos, para a reabilitação da saúde bucal do paciente, até questões que ultrapassam o conhecimento específico da área de Odontologia.

Outro fator de extrema importância com relação ao atendimento desses pacientes é conhecer o diagnóstico médico do paciente, uma vez que a abordagem odontológica deve ser diferenciada em cada grupo de condição incapacitante, avaliando-se os riscos, as necessidades versus oportunidades e o custo/benefício para o tratamento odontológico.¹⁴

Portanto, para Cancino, Oliveira, Engers, Weber e Oliveira¹⁵ além de uma anamnese bem realizada é fundamental que o profissional e o paciente criem vínculo estabelecendo assim uma relação de confiança entre as partes. O dentista precisa conhecer a história individual e médica do paciente, identificando seu tipo de deficiência e limitações, observando seu comportamento e da família e o relacionamento entre eles, de modo a traçar um panorama específico que atenda as peculiaridades do caso acompanhado.

Para Roger, Ramam e Crispian¹⁶ obstáculos ao tratamento odontológico incluem o medo (agravada pela incapacidade para compreender a necessidade do tratamento), a necessidade de ser acompanhado, dificuldade de acesso ao serviço de saúde e muitas vezes uma atitude negativa ou falta de formação do profissional. Pacientes com uma deficiência ligeira a moderada podem ser frequentemente tratados na prática odontológica geral, com ajuda e incentivo de parentes e cuidadores.

Fourniol Filho e Facion¹⁷ relatam que usualmente os pacientes com deficiência passam a receber cuidados distintos dos familiares, podendo variar desde a superproteção à rejeição. Fator que pode repercutir nos hábitos alimentares, ou seja, alimentos com mais açúcar associado a uma ingestão mais frequente são oferecidos como uma forma de carinho. Estes pacientes, de um modo geral, costumam ter uma alimentação mais pastosa, fazem uso da mamadeira por um período de tempo maior, apresentam deglutição atípica além de fazerem uso de medicamentos de uso contínuo que contêm sacarose ou que causem como efeito colateral a redução do fluxo salivar. Fatores como esses contribuem para o surgimento de doenças bucais.

Por fim, Jung¹⁸ aponta que devido o alto risco de desenvolver doenças e pelas adversidades para conseguir atendimento odontológico apropriado, a prevenção seria o foco principal no tratamento de pessoas com deficiências. Visto que grande parte dessa população procura mudanças urgentes na formação de profissionais da saúde, políticas públicas, capacidade de serviço e pesquisa em favor desses pacientes devem ser implementadas de

forma multidisciplinar. Em vista disso, fica claro que é imprescindível oferecer nos cursos de graduação de todas as áreas da saúde o atendimento a pessoas com deficiência, visando à promoção e a prevenção em saúde.

METODOLOGIA

Este estudo descritivo, transversal e retrospectivo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFRGS), obedecendo às exigências da Resolução nº 466/2012. Foram avaliados os prontuários odontológicos 1455 indivíduos atendidos na Disciplina de Atendimento Odontológico do Paciente com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2015.

A coleta de dados foi realizada por dois examinadores devidamente treinados. Os seguintes dados foram avaliados: idade do paciente no primeiro atendimento, sexo, forma de acesso, procedência, medicamento de uso contínuo utilizado, doenças apresentadas, responsável pela higiene bucal, frequência de higiene bucal, uso de fio dental, consistência e frequência de sacarose, motivo da primeira consulta e número de consultas.

Os dados foram armazenados em planilhas no programa *Microsoft Excel* versão 2010 e a análise das informações foi realizada através do programa PASW Statistics 18 (formerly SPSS Statistics) onde foram analisadas quantitativamente, com tabelamento em percentual e apresentadas em frequência relativa absoluta, de acordo com o teste estatístico Qui-Quadrado ($p < 0,05$) e, quando houve associação, utilizou-se o resíduo ajustado $\geq 1,96$.

RESULTADOS

Os prontuários de 1455 pacientes foram avaliados. Em relação ao sexo, foram 641 pertencentes ao sexo feminino (44,1%) e 812 ao sexo masculino (55,8%), sendo 2 (0,1%) perdidos, ou seja, dados faltantes no prontuário. A faixa etária variou de 04 a 89 anos.

Sobre a forma de acesso 31,3% (n=456) foram provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, encaminhados das Unidades Básicas de Saúde para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO/UFRGS), 68,1% (n= 991) provenientes de livre demanda e 0,5% (n=8) dos dados foram perdidos.

Quanto à cidade de origem do encaminhamento 40,9% (n=595) foram encaminhados da própria capital Porto Alegre/RS, 35,7% (n=519) da região metropolitana de Porto

Alegre/RS, 12,6% (n=183) do interior do estado do Rio Grande do Sul e 10,9% (n=158) constituem em dados perdidos.

Com relação à higiene bucal, pode-se observar que o paciente realiza a própria higiene em 20,8% (n=303) dos casos, os pais em 33,5% (n=487), outras pessoas fora do âmbito familiar foram responsáveis em 3,6% (n=53) dos casos e 3,1% (n=45) não apresentavam o hábito da escovação no cotidiano, além disso, 39% (n=567) pertencem aos dados perdidos. Sobre a frequência de escovação 10,9% (n=159) realizaram a escovação uma vez ao dia, 18,6% (n=271) dos pacientes realizaram a escovação duas vezes ao dia, 22,9% (n=333) três vezes ao dia, 3,3% (n=48) quatro vezes ou mais e 41,2% (n=600) foram dados perdidos. Em relação ao uso do fio dental 6,1% (n=88) fazem o uso e 54,3% (n=790) não utilizam o fio dental, 39,7% (n=577) dados perdidos.

Com base nos dados alimentares, foi avaliado que a frequência de sacarose foi uma vez ao dia em 129 (8,9%) dos casos, duas vezes ao dia em 127 (8,7%) dos casos, três vezes ao dia em 188 (12,9%) dos casos, quatro vezes ou mais em 237 (16,2%) dos casos, 681 (46,8%) perdidos e 93 (6,4%) não consomem sacarose. Sobre a consistência de sacarose 214 (14,7%) consomem de forma líquida, 346 (23,8%) de forma pegajosa, 117 (8%) de forma sólida, 685 (47%) perdidos e 93 (6,4%) não consomem sacarose.

Quanto ao motivo da primeira consulta 399 (27,4%) relataram ser por rotina, 158 (10,9%) por urgência, 300 (20,6%) por cárie, 19 (1,3%) por problemas endodônticos, 21 (1,4%) por traumatismo, 74 (5,1%) por problemas periodontais, 484 (33,3%) perdidos. O número de consultas variou entre 1 e 48 consultas.

Com relação ao perfil dos pacientes atendidos (Tabela 1), observou-se que 75 (5,2%) apresentavam autismo, 60 (4,1%) cardiopatia, 63 (4,3%) apresentavam convulsão, 20 (1,4%) apresentavam deficiência auditiva, 31 (2,1%) deficiência mental, 162 (11,1%) paralisia cerebral, 17 (1,2%) retardo do desenvolvimento neuropsicomotor (RDNPM), 91 (6,3%) retardo mental, 25 (1,7%) retardo motor, 133 (9,1%) Síndrome de Down, 91 (6,3%) epilepsia, 22 (1,5%) esquizofrenia, 22 (1,5%) HIV e 391 (26,9%) dados perdidos.

Em relação ao uso de fármacos (Tabela 2), 48,1% (n=701) faziam uso contínuo ou frequente de medicamentos, sendo destes 26,7% (n=389) antiepilépticos, 14,4% (n=210) antipsicóticos, 13,1% (n=190) anticonvulsivantes, 6,5% (n=95) benzodiazepínico, 4,7% (n=69) antidepressivos, 2% (n=29) antiparkinsoniano, 27,6% (n=402) não fazem uso de medicamentos e 24,2% (n=352) dados perdidos.

Foi encontrada associação significativa entre Síndrome de Down e cardiopatia (Tabela 3), RDNPM e epilepsia (Tabela 4). Outra associação significativa observada foi que quando os pais eram responsáveis pela higiene bucal realizaram a escovação com mais frequência quando comparado ao próprio paciente (Tabela 5), Resíduo ajustado $\geq 1,96$.

Tabela 1. Classificação dos pacientes atendidos na Disciplina de Atendimento Odontológico do Paciente com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no período de 2007 a 2015, de acordo com a patologia mais frequente.

| Doença | Número de paciente (Porcentagem%) |
|--|--|
| Autismo | 75 (5,2%) |
| Cardiopatia | 60 (4,1%) |
| Convulsão | 63 (4,3%) |
| Deficiência auditiva | 20 (1,4%) |
| Deficiência mental | 31 (2,1%) |
| Paralisia cerebral | 162 (11,1%) |
| Retardo do desenvolvimento neuropsicomotor | 17 (1,2%) |
| Retardo mental | 91 (6,3%) |
| Retardo motor | 25 (1,7%) |
| Síndrome de Down | 133 (9,1%) |
| Epilepsia | 91 (6,3%) |
| HIV | 22 (1,5%) |
| Esquizofrenia | 22 (1,5%) |

Tabela 2. Distribuição dos pacientes atendidos na Disciplina de Atendimento Odontológico do Paciente com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no período de 2007 a 2015, de acordo com o tipo de medicamento mais usado.

| Fármacos | Número de paciente (Porcentagem%) |
|--------------------|--|
| Anticonvulsivantes | 190 (13,1%) |

| | |
|--------------------|-------------|
| Antidepressivos | 69 (4,7%) |
| Antiepilépticos | 389 (26,7%) |
| Antiparkinsonianos | 29 (2%) |
| Antipsicóticos | 210 (14,4%) |
| Benzodiazepínicos | 95 (6,5%) |
| Não fazem uso | 402 (27,6%) |

Tabela 3. Associação significativa entre Síndrome de Down e Cardiopatia.

| CARDIOPATIA * SÍNDROME DE DOWN Crosstabulation | | | | | |
|---|-----|-------------------------|------|--------------|------|
| Quantidade | | SÍNDROME DE DOWN | | Total | |
| | | Sim | Não | | |
| Cardiopatia | Sim | 28 | 32 | 60 | |
| | Não | 105 | 898 | 1003 | |
| Total | | 133 | 930 | 1063 | |
| | | Síndrome de Down | | Total | |
| | | Sim | Não | | |
| Cardiopatia | Sim | Quantidade | 28 | 32 | 60 |
| | | Resíduo Ajustado | 8,2 | -8,2 | |
| | Não | Quantidade | 105 | 898 | 1003 |
| | | Resíduo Ajustado | -8,2 | 8,2 | |
| Total | | Quantidade | 133 | 930 | 1063 |

Resíduo ajustado $\geq 1,96$.

Tabela 4. Associação significativa entre RDNPM e Epilepsia

| RDNPM * EPILEPSIA Crosstabulation | | | | |
|--|-----|------------------|-----|--------------|
| | | Epilepsia | | Total |
| | | Sim | Não | |
| *Retardo do Desenvolvimento Neuropsicomotor (RDNPM) | Sim | 8 | 34 | 42 |
| | Não | 83 | 938 | 1021 |
| Total | | 91 | 972 | 1063 |
| | | Epilepsia | | Total |
| | | Sim | Não | |

| | | | | | |
|--|-----|------------------|------|------|------|
| *Retardo do Desenvolvimento Neuropsicomotor (RDNPM) | Sim | Quantidade | 8 | 34 | 42 |
| | | Resíduo Ajustado | 2,5 | -2,5 | |
| | Não | Quantidade | 83 | 938 | 1021 |
| | | Resíduo Ajustado | -2,5 | 2,5 | |
| Total | | Quantidade | 91 | 972 | 1063 |

Resíduo ajustado $\geq 1,96$.

Tabela 5. Associação entre o responsável pela Higiene Bucal e a Frequência de Higiene Bucal

| RESPONSÁVEL PELA HIGIENE BUCAL * FREQUÊNCIA Higiene Bucal | | | | | | | | |
|--|----------|-----------------------------|-----|-----|-----|----|---|-------|
| Crosstabulation | | | | | | | | |
| Quantidade | | Frequência de Higiene Bucal | | | | | | Total |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Responsável pela Higiene Bucal | Paciente | 0 | 42 | 97 | 121 | 20 | 2 | 282 |
| | Pais | 3 | 100 | 161 | 195 | 20 | 1 | 480 |
| | Outros | 0 | 15 | 11 | 17 | 3 | 1 | 47 |
| Total | | 3 | 157 | 269 | 333 | 43 | 4 | 809 |

Tabela 6. Número de dados perdidos por tópicos.

| Tópicos avaliados | Número dados faltantes |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Sexo | 2 |
| Acesso | 8 |
| Procedência | 158 |
| Idade | 296 |
| Responsável pela higiene bucal | 567 |
| Frequência de higiene bucal | 600 |
| Uso do fio dental | 577 |
| Frequência de sacarose | 681 |
| Consistência da sacarose | 684 |
| Motivo da consulta | 484 |
| Doenças | 391 |
| Uso de medicamentos | 352 |

DISCUSSÃO

De acordo com Resende¹⁹, pacientes com deficiência requerem cuidados médicos e odontológicos direcionados especificamente à sua condição, assim sendo os profissionais da área da saúde devem estar preparados para oferecer um tratamento adequado e de qualidade. Dessa forma, fica clara a importância de conhecer o perfil do paciente que irá receber os cuidados.

Com a mudança curricular, criou-se em 2005 a Disciplina Eletiva de Atendimento Odontológico do Paciente com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da UFRGS, que tem como objetivo atender as pessoas com deficiência de todo o estado do Rio Grande do Sul. Este fato justificou a Livre Demanda como principal forma de acesso a esse serviço.

A referida Disciplina recebeu 595 pacientes da própria capital – Porto Alegre/RS, 519 pacientes da região metropolitana de Porto Alegre/RS e 183 do interior do estado do Rio Grande do Sul. Estes dados demonstraram a escassez de profissionais capacitados para ofertar atendimento de qualidade fora dos grandes centros. Segundo o Conselho Regional de Odontologia/RS²⁰, há apenas 23 profissionais especialistas em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais no estado. Fato como este reitera a necessidade de ampliação de profissionais aptos para atuarem nessa área.

Toledo e Bezerra²¹ enfatizam que o atendimento odontológico para este público deve ser realizado o mais breve possível, buscando a prevenção de problemas e prováveis complicações, o que implica também na criação de hábitos benéficos que acompanharão o paciente no decorrer da vida. Com relação a idade dos pacientes que procuraram o atendimento odontológico na clínica da disciplina estes se encontravam entre 4 e 89 anos de idade e em sua maioria com doenças bucais já instaladas.

De acordo com Sampaio, César e Martins²² indivíduos com problemas cognitivos e de ordem motora apresentam higiene bucal prejudicada e dependem da assistência de outras pessoas para realização da higiene bucal.

Dados aqui encontrados revelaram que os pais tendem a realizar a escovação dentária mais vezes ao dia comparado quando o próprio paciente é responsável pela higiene bucal. Isso se deve ao fato, do paciente apresentar diversas limitações, sejam elas cognitivas ou motoras, que comprometem a frequência da escovação. Além disso, apenas 6,1% dos pacientes fazem o uso do fio dental, o dado encontrado no presente estudo vai ao encontro dos resultados constatados por Lisbôa e Abegg²³ que relataram que mais da metade (56,7%) das pessoas

avaliadas em seu estudo, não faziam uso do fio dental, fato este que revela a real dificuldade de utilização do mesmo na rotina das pessoas com deficiência.

Com base nos dados alimentares desta pesquisa, a maioria dos pacientes consumiu sacarose quatro vezes ou mais ao dia e de maneira geral na forma pegajosa. De acordo com Storhaugh, Holst²⁴ e Guaré, Ciamponi²⁵ estes dados associados ao uso contínuo de fármacos, incapacidade em realizar uma boa higiene bucal, movimentos inadequados dos músculos do sistema estomatognático, alterações no fluxo salivar são fatores de risco que colaboram para a maior prevalência de doenças bucais.

Camargo²⁶ afirma que muitos pacientes com deficiência acabam recebendo tratamento odontológico somente quando apresentam sintomatologia dolorosa, ou seja, em situações de urgência. Fato este que corrobora com o achado deste estudo, tendo em vista que aproximadamente 32% dos pacientes procuraram o atendimento odontológico da disciplina por motivo de urgência e cárie, que em estágio avançado leva a sintomatologia dolorosa. Por outro lado, 27,4% dos pacientes procuraram o atendimento odontológico da disciplina visando à manutenção de sua saúde bucal. Dado importante para que o tratamento e manutenção da qualidade de vida do paciente sejam alcançados com êxito.

Este estudo exacerbou um fato importante e relevante de ser abordado, uma vez que se constatou um grande número de dados perdidos nos prontuários analisados, ou seja, falta de preenchimento das informações, o que dificulta a compreensão da situação do paciente pelos diversos profissionais e conseqüentemente prejudica a assistência prestada. É de suma importância o preenchimento adequado e mais completo possível dos prontuários, pois é através dele que os diferentes profissionais vão compreender a real situação do paciente com deficiência, o prontuário completo se faz de extrema importância por conter informações imprescindíveis para o atendimento dos mesmos, como por exemplo, particularidades da deficiência. Uma possível solução para a falta de preenchimento das informações seria o uso de prontuários eletrônicos dependentes de resposta, aprimorando dessa forma a qualidade dos serviços de saúde.

Tendo em vista o acima exposto, se faz de grande importância abordar esses aspectos desde a graduação, para que os alunos se conscientizem da importância do correto preenchimento dos prontuários e, levem isso consigo quando se tornarem profissionais. Para Ditterich et al.²⁷ é durante a graduação o momento mais adequado de ensinar o futuro profissional sobre a importância e elaboração de um prontuário. Galvão²⁸ afirma que o prontuário eletrônico além de ser fundamental para a compreensão do estado do paciente é de extrema relevância como ferramenta de comunicação para o diálogo entre os diversos profissionais e instituições de saúde.

Por outro lado, as deficiências mais frequentes encontradas nos pacientes deste estudo, foram a paralisia cerebral, Síndrome de Down, epilepsia e autismo. Dados estes, que corroboraram com o trabalho realizado por Domingues et al.²⁹ na UNESP/Araraquara, São Paulo, que observaram que entre as patologias as mais prevalentes eram a Síndrome de Down (9,9%), autismo, (3,45%), epilepsia (6,9%) e paralisia cerebral (20,7%).

De acordo com Rosenbaum, Paneth, Leviton, Goldstein e Bax³⁰ a paralisia cerebral é caracterizada por uma lesão encefálica estática que pode ser definida como uma desordem não progressiva dos movimentos e postura. Guerreiro e Garcia³¹ em estudo realizado na cidade de Pelotas/RS, apontaram que os pacientes portadores de paralisia cerebral necessitam de cuidados especiais e intensivos não só da doença, mas também na prevenção de fatores associados, como os problemas bucais.

Nesse sentido, Silva e Cruz³² relataram a importância do conhecimento do quadro clínico, com base na avaliação física e neurológica, identificação do retardo no desenvolvimento, anormalidades tônico-posturais e outros sinais patológicos que devem ser do conhecimento do profissional, dessa maneira ressaltaram a enorme relevância da interação direta com o médico do paciente. Estes autores ainda afirmaram que uma das maiores dificuldades do tratamento odontológico em pacientes com paralisia cerebral é a dificuldade de comunicação entre o paciente e o cirurgião-dentista. Nesse contexto, o tratamento odontológico deve considerar o cuidado com a contração e extensão dos membros, posicionar a cadeira o mais vertical possível quando houver náuseas e vômitos, utilizar sugadores potentes e curtos e, o profissional deverá utilizar proteção nas mãos devido aos movimentos involuntários de fechamento de boca.

Já Walter Junior³³ descreve a Síndrome de Down como uma alteração cromossômica que acomete o cromossomo 21, sendo dentre as anomalias genéticas a mais frequente na proporção de 1 a cada 600 a 700 nascimentos. De acordo com Fourniol³⁴ a condição sistêmica mais frequentemente associada são as cardiopatias (40% dos casos), o que corrobora os resultados deste estudo que revelaram associação significativa entre Síndrome de Down e presença de cardiopatias. Mariano, Krahembull e Magalhães³⁵ afirmaram que o profissional deve estar atento a necessidade de profilaxia antimicrobiana nos casos de cardiopatia congênita antes de procedimentos odontológicos cruentos como, por exemplo, raspagem subgingival e exodontias.

Campos e Haddad³⁶ muito bem conceituaram epilepsia como “um transtorno convulsivo crônico caracterizado por distúrbio paroxístico recorrente da função cerebral, causada por descarga anormais dos neurônios”.

Especificadamente, a assistência odontológica para pacientes portadores de epilepsia deve levar em conta a necessidade de evitar estímulos desencadeantes da crise epiléptica, como por exemplo, luz, barulhos, ruídos, música, estresse. Além disso, é de extrema importância ter a certeza que o paciente está recebendo acompanhamento médico neurológico regular e, se faz o uso correto de drogas para o controle da referida enfermidade.³⁷

Oriqui³⁸ definiu o autismo como uma alteração do comportamento emocional e social, com déficit cognitivo e fala ausente ou deficiente, situação a qual está presente desde o nascimento e manifesta-se até os três anos de idade. Já pesquisa recente de Lainhart³⁹, da Universidade de Wisconsin, EUA, reforçou as evidências de que o problema começa bem antes do nascimento.

De acordo com Campos e Haddad³⁶, pacientes autistas comportam-se de forma exacerbada a estímulos sensoriais, esse fato explica o obstáculo para a criação do vínculo entre o profissional e o paciente, exigindo muita cautela com os ruídos do equipamento e sabores desagradáveis de fármacos de uso rotineiro em odontologia. O tratamento ambulatorial deve ser baseado em técnicas não farmacológicas efetivas de controle do comportamento como, por exemplo, uso de reforço positivo, estabelecer um ritual de procedimento e aproximação gradativa.

Dados encontrados no referido estudo, como atraso global do desenvolvimento psicomotor, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor (RDNPM), deficiência mental e retardo mental, levam a questionar sobre a terminologia mais indicada a ser utilizada, tendo em vista que há uma confusão na descrição das mesmas emitidas nos laudos médicos. No sentido de construir um mapa conceitual baseado na revisão de literatura Dornelas, Duarte e Magalhães⁴⁰ analisaram 71 artigos, destes 55 (77,5%) eram internacionais e 16 (22,5%) nacionais. Os termos atraso global do desenvolvimento e atraso de desenvolvimento foram os mais frequentes na literatura internacional e os termos retardo do DNPM e atraso do DNPM na literatura brasileira, concluindo que o atraso do desenvolvimento é abordado na literatura sob diversos nomes, diferentes aplicações e conceitos heterogêneos. Além disso, também foi observado pelos referidos autores, que os profissionais utilizaram como sinônimo de retardo do desenvolvimento neuropsicomotor (RDNPM) as seguintes nomenclaturas: retardo mental e deficiência mental. Internacionalmente, apontaram caminhos para melhorar a comunicação entre os profissionais, com definição padronizada do termo e uso em situações específicas até o quinto ano de vida, o que não foi encontrado nas publicações nacionais.

Corroborando com a literatura, verificou-se uma associação significativa entre retardo do desenvolvimento neuropsicomotor (RDNPM) e a epilepsia onde Figueiredo, Bertoli e

Ferronato⁴¹ afirmaram que o RDNPM tem uma prevalência de 7% entre os indivíduos com epilepsia.

Com relação aos fármacos, quase a metade dos pacientes do presente estudo, faziam uso contínuo de medicação, fato esse que foi ao encontro do trabalho de Domingues et al.²⁹ onde 62% dos pacientes faziam uso de medicação de forma contínua e, ainda segundo os mesmos autores, os fármacos mais frequentemente utilizados foram anticonvulsivantes, antipsicóticos, antidepressivos e antiepilépticos, resultados estes também aqui encontrados.

Faz-se de extrema importância o conhecimento dos fármacos utilizados pelos pacientes, para dessa forma identificar as interações medicamentosas e os efeitos colaterais desses medicamentos manifestados na cavidade bucal. Baseado nesse fato, Silva e Cruz⁴² relataram que as principais manifestações orais dos anticonvulsivantes foram, a hiperplasia gengival, sangramento gengival, aumento de infecções, xerostomia além de possível interação com depressores do sistema nervoso central (SNC).

Ferreira e Haddad⁴³ relatam que os principais efeitos colaterais dos antipsicóticos são distonia aguda, acatisia, síndrome semelhante ao Parkinson e discinesia tardia, esta por sua vez, tem grande implicação odontológica, uma vez que altera significativamente a musculatura facial, além desses ainda podem ocorrer hipotensão ortostática e síncope, xerostomia, obstrução nasal, retenção urinária, constipação, alterações de temperatura e distúrbios de função cardíaca. Os autores ainda citam que como efeito colateral dos antidepressivos encontra-se a insônia, agitação, fadiga e fraqueza. Ainda podem ser observados efeitos como ressecamento da boca, constipação, retenção urinária, alterações oftalmológicas, hipotensão e taquicardia.

Já segundo Mattos e Mattos⁴⁴ os principais efeitos colaterais dos antiparkinsonianos são náuseas, tonturas, sonolência, hipotensão ortostática, alucinações, delírios, confusão mental e discinesias.

Com relação às reações adversas dos antiepilépticos, de forma geral, Rocha, Batista e Nunes⁴⁵ citam como efeitos colaterais náuseas, vômitos, aumento de peso, cefaleias, tremores, leucopenia, tontura, diplopia e hepatotoxicidade.

Por fim, Longo e Johnson⁴⁶ descrevem como reação adversa dos benzodiazepínicos, a diminuição da atividade psicomotora, prejuízo da memória, desinibição paradoxal, tolerância e dependência e a potencialização do efeito depressor pela interação com outras drogas depressoras.

Finalizando, segundo Guimarães et al.⁴⁷ o tratamento odontológico de pacientes com deficiência envolve a compreensão das dificuldades específicas (dificuldades motoras, dificuldades devido à falta de comunicação, necessidades odontológicas acumuladas, graus de

limitação física, dentre outras) e inespecíficas (falta de profissionais habilitados, barreiras arquitetônicas e a superproteção da criança com deficiência) que envolvem o tratamento.

Sem dúvida alguma, a complexidade de se falar sobre os pacientes com deficiência, torna qualquer trabalho a ser desenvolvido com eles extremamente desafiador, mediante o desejo de que sejam respeitados os direitos humanos de forma a garantir definitivamente condições plenas de inserção dos mesmos que têm muito a somar na sociedade, desde que as oportunidades lhes sejam criadas.

CONCLUSÕES

De acordo com os prontuários odontológicos analisados, os pacientes que procuraram tratamento odontológico na Disciplina de Atendimento Odontológico do Paciente com Necessidades Especiais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul tiveram:

- Como principal forma de acesso a livre demanda, sendo grande parte proveniente da capital do estado do Rio Grande do Sul;
- Os principais responsáveis pela higiene bucal foram os pais;
- A maioria realizou escovação 3 vezes ao dia e não fizeram uso de fio dental;
- Os pais realizaram a higiene bucal (escovação) mais vezes ao dia comparado quando o próprio paciente foi responsável pela higiene bucal.
- O consumo de sacarose na maioria dos casos foi de 4 vezes ao dia e a forma mais frequente da ingestão de sacarose foi a pegajosa.
- Os motivos mais comuns da primeira consulta foram respectivamente rotina, cárie e urgência.
- As principais doenças encontradas foram: autismo, Síndrome de Down, paralisia cerebral, retardo mental e epilepsia.
- Houve associação significativa entre retardo do desenvolvimento neuropsicomotor e epilepsia e também entre Síndrome de Down e cardiopatia. Com relação ao uso de medicamentos de forma contínua os mais frequentes foram anticonvulsivantes, antipsicóticos e antiepiléticos.

REFERÊNCIAS

1. Resende APC, Vital FMP. A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência comentada. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2008.

2. Varonos C. Portaria nº 2.344, de 3 de novembro de 2010 - oficialmente deixamos de ser "Portadores". Deficiente Alerta [Internet]. São Paulo; 2012. [acesso em 2015 set 27]. Disponível em: <http://deficientealerta.blogspot.com.br/2010/11/portaria-n-2344-de-3-de-novembro-de.html>.
3. Brasil. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder executivo, Brasília, DF, 2015 jul. 7. Seção 1, p. 2-11. [acesso em 2015 set. 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Pessoas portadoras de deficiência [Internet]. Brasília [2010?]. [acesso em 2016 jun 13]. Disponível em: <http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/caracteristicas-da-populacao.html>
5. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
6. Nações Unidas no Brasil [Internet]. Brasília; [S.d.]. [acesso em 2016 jun 2]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-com-deficiencia/>.
7. Marra PS. Dificuldades encontradas pelos responsáveis para manter a saúde bucal em portadores de necessidades especiais [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Grande Rio; 2007.
8. JusBrasil [Internet]. [S.l.; s.d.]. [acesso em 2016 jun 02]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2002/05/28>.
9. Conselho Federal de Odontologia [Internet]. Dados estatísticos. Brasília; 2009-2015. [acesso em 2016 jun 11]. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/Dados-estatisticos/?elemento=especialistas&especialidade=21&cro=Todos&municipio=>.
10. Wessels KE. Oral conditions in cerebral palsy. Dent Clin North Am. 1960;4(14):455-68.
11. Nowak AJ. Atención odontológica para el paciente impedido: pasado, presente, future. In: Odontologia para el paciente impedido. Buenos Aires: Mundi; 1979.
12. Silva, ZCMP, Weber SD, Blessmann JB, Fritscher AMG. Avaliação do perfil dos pacientes com necessidades especiais da clínica de odontopediatria da faculdade de odontologia da PUCRS. Rev Odonto Ciênc. 2005;20(50):313-18.
13. Finger ST, Jedrychowski JR. Parents' perception of access to dental care for children with handicapping conditions. Spec Care Dentist. 1989;9(6):195-9.
14. Previtali EF, Ferreira MCD, Santos MTBR. Perfil dos pacientes com necessidades especiais atendidos em uma instituição de ensino superior privada. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2012;12(1):77-82.
15. Cancino CMH, Oliveira FAM, Engers ME, Weber JBB, Oliveira MG. Odontologia para pacientes com necessidades especiais - percepções, sentimentos e manifestações de alunos e familiares de pacientes. [tese]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005.
16. Davies R, Bedi R, Scully C. ABC of oral health: oral health care for patients with special needs. Br Med J. 2000;321(7259):495-8.
17. Fourniol AF. Pacientes especiais e a odontologia. São Paulo: Ed. Santos; 1998.
18. Jung LS. Serviços odontológicos oferecidos às crianças com necessidades especiais [monografia]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
19. Resende VLS, Castilho LS, Souza ECV, Jorge WV. Atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais. In: 8º Encontro de Extensão da UFMG; 2005; Belo Horizonte. Belo Horizonte: UFMG; 2005. p. 1-6.
20. Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre; 2014. [acesso em 2016 jun 02]. Disponível em:

- http://www.crors.org.br/main_cro.php?t=busca_especialistas/lista_especialidade.php&page=1.
21. Toledo AO, Bezerra ACB. Odontologia preventiva para excepcionais. In: Fourniol FA. Pacientes especiais e a odontologia. São Paulo: Santos; 1998. p. 423-32.
 22. Sampaio EF, César FN, Martins MGA. Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no Instituto de Previdência do Estado do Ceará. Rev Bras Prom Saúde. 2004; 17(3):127-34.
 23. Lisbôa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2006; 15(4):29-39
 24. Storhaug K; Holst D. Caries experience of disabled school-aged children. Community Dent Oral Epidemiol. 1987;15:144-8.
 25. Guaré RO, Ciamponi AL. Dental caries prevalence in the primary dentition of cerebral palsied children. J Clin Pediatr Dent. 2003;27: 287-92.
 26. Camargo MAR. Estudo da prevalência da cárie em pacientes portadores de paralisia cerebral [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
 27. Ditterich RG, Portero PP, Grau P, Rodrigues CK, Wambier DS. A importância do prontuário odontológico na clínica de graduação em Odontologia e a responsabilidade ética pela sua guarda. Rev Inst Ciênc Saúde. 2008;26(1):120-4.
 28. Galvão MCB, Ricarte ILM. Prontuário do paciente. Inf Soc. 2012;22(2):173-4.
 29. Domingues NB, Ayres KM, Mariusso MR, Zuanon ACC, Giro EMA. Caracterização dos pacientes e procedimentos executados no serviço de atendimento a pacientes com necessidades especiais da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP. Rev Odontol UNESP. 2015;44(6):345-50.
 30. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Dev Med Child Neurol. 2007;49(6):8-14.
 31. Guerreiro PO, Garcias GL. Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2009;14(5):1939-46.
 32. Silva LCP, Cruz RA, Taitson PF. Doenças mais frequentes. In: Silva LCP, Cruz RA. Odontologia para pacientes com necessidades especiais. São Paulo: Santos; 2009. p. 27-52.
 33. Walter Junior S. A síndrome de Down e a odontologia. In: Varellis MLZ. O paciente com necessidades especiais na odontologia manual prático. São Paulo: Livraria Santos; 2005. p. 163-9.
 34. Fourniol Filho A. Pacientes especiais e a Odontologia. São Paulo: Santos; 1998. p. 263-93.
 35. Mariano MPK, Krahembull SMB, Magalhães MHCG. Alterações sistêmicas de interesse odontológico na Síndrome de Down. RPG Ver Pos-Grad. 1999;6(2):218-21.
 36. Campos CC, Haddad AS. Transtorno convulsivo: epilepsia. In: Haddad AS. Odontologia para pacientes com necessidades especiais. São Paulo: Livraria Santos; 2007. p. 292-9.
 37. Pedron IG. Epilepsia. In: Varellis MLZ. O paciente com necessidades especiais na odontologia manual prático. São Paulo: Livraria Santos; 2005. p. 101-10.
 38. Oriqui MSY. Avaliação clínica das condições de saúde bucal de pacientes autistas [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina; 2006.
 39. Autismo começa bem antes do nascimento. O Globo [Internet]. São Paulo; c1996-2016. [acesso em 2016 maio 28]. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/autismo-comeca-bem-antes-do-nascimento-12000859>

40. Dornelas LF, Duarte NMC, Magalhães LC. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. *Rev Paul Pediatr.* 2015; 33(1):88-103.
41. Bertoli LC, Ferronato TF, Figueiredo MC. Perfil dos pacientes com necessidades especiais atendidos na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
42. Silva LCP, Cruz RA, Taitson PF. Doenças mais frequentes. In: Silva LCP, Cruz RA. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais.* São Paulo: Santos; 2009. p. 27-52
43. Ferreira MCD, Haddad AS. Interações medicamentosas. In: Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais.* São Paulo: Livraria Santos; 2007. p. 667-80.
44. Mattos JP, Mattos VMBC. Novos agonistas dopaminérgicos. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999;57(2):329-32.
45. Rocha GP, Batista BH, Nunes ML. Orientações ao pediatra sobre o manejo das drogas psicoativas e antiepiléticas. *J Pediatr.* 2004;80(2):45-55.
46. Longo LP, Johnson B. Addiction: part I. Benzodiazepines - side effects, abuse risk and alternatives. *Am Fam Physician.* 2000;61(2):121-8.
47. Guimarães AO, Azevedo ID, Solano MCPP. Medidas preventivas em odontologia para pacientes portadores de necessidades especiais. *JBP Rev Ibero-Am Odontopedatr Odontol Bebê.* 2006;9(47):79-84.

4 CONCLUSÃO

Valendo-se dos preceitos e fundamentos teóricos que garantem igualdade no acesso universal à saúde, se faz imprescindível o exercício efetivo de tais garantias, ou seja, é necessário que haja um empenho conjunto para o alcance da efetivação prática do que existe na teoria.

No presente estudo, restou evidente a importância da saúde bucal para o alcance pleno e completo ao acesso à saúde em um sentido amplo.

No mesmo sentido, tendo em vista o enfoque no tratamento dos pacientes com deficiência, é inquestionável que estes merecem uma série de cuidados específicos devido às peculiaridades no estado de saúde e demais circunstâncias que foram abordadas.

Tais pacientes merecem e devem ter seus direitos respeitados e efetivados, não apenas por questões e formalidades legais ou constitucionais, mas sim por fatores que vão além disso. O respeito, empenho e cuidado com estes pacientes é questão de prezar pelo bem maior de todo e qualquer ser humano: sua dignidade.

Portanto, a odontologia, através da formação adequada de seus profissionais, auxiliada por serviços e políticas públicas adequadas, visa alcançar essa dignidade, tratando estes pacientes da forma que merecem.

REFERÊNCIAS

HADDAD, A. S. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Livraria Santos, 2007.

VARELLIS, M. L. Z. **O paciente com necessidades especiais na odontologia: manual prático**. 2. ed. São Paulo: Livraria Santos; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2000: health systems: improving performance**. Geneva, 2000.