

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

LETÍCIA ALMEIDA BARBOSA CARDOSO

NATÁLIA SOARES FERREIRA DA SILVA

**PERFIL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS ATENDIDAS NA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA DO UNIFOA**

VOLTA REDONDA

2018

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**PERFIL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS ATENDIDAS NA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA DO UNIFOA**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Alunos: Letícia Almeida B. Cardoso

Natália Soares Ferreira da Silva

Orientadora: Roberta Mansur Caetano

Coorientadora: Rosy de O. Nardy Melo

VOLTA REDONDA

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tação Wagner - CRB 7/RJ 4316

C268p Cardoso, Letícia Almeida Barbosa.
Perfil das pessoas com deficiências atendidas na Clínica
Odontológica do UniFOA. / Letícia Almeida Barbosa Cardoso e Natália
Soares Ferreira da Silva. – Volta Redonda: UniFOA, 2018.

45 p. II.

Orientador(a): Roberta Mansur Caetano

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2018.

1. Odontologia - TCC. 2. Má oclusão. 3. Paciente especial – clínica odontológica . I. Caetano, Roberta Mansur. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: "Perfil das Pessoas com Deficiências atendidas na Clínica Odontológica do UniFOA".

Elaborado por: Letícia Almeida B. Cardoso
Natália Soares Ferreira da Silva

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovada em 04 de Outubro de 2018.

Banca Avaliadora:

.....
Profª Doutora Roberta Mansur Caetano

.....
Profª Doutora Rosy de Oliveira Nardy Melo

.....
Profª Doutora Rosiléa Chain Hartung Habibe

DEDICATÓRIA

Dedicamos essa conquista bem como as demais, aos nossos amados pais Luiz Roberto e Silmara, Romeu e Eni, por não medirem esforços para tornarem nossos sonhos realidade.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus que nos permitiu concluir mais uma importante etapa de nossas vidas, sem Ele nada disso seria possível.

A Universidade Fundação Oswaldo Aranha e seu corpo docente pelos ensinamentos compartilhados ao longo desses 5 anos de graduação.

A querida Prof^a Doutora Roberta Mansur Caetano pela total dedicação a este trabalho, por todo incentivo, carinho e ajuda que foram indispensáveis para elaboração deste trabalho.

Aos nossos pais pelo amor, incentivo e apoio incondicional durante toda a vida.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, os nossos sinceros agradecimentos.

EPÍGRAFE

Consagre ao Senhor tudo que faz e os seus planos serão bem sucedidos.

Provérbios 16:3

RESUMO

Pessoas com deficiências compreendem todos os indivíduos que possuem restrições de longo prazo que podem comprometer sua participação na sociedade. O tratamento odontológico depende de eliminar ou contornar as dificuldades existentes em função da limitação presente. Os mesmos podem ser classificados em grupos: deficiências mentais, distúrbios neurológicos, deficiências físicas, síndromes e deformações craniofaciais, distúrbios sensoriais, doenças sistêmicas crônicas e transtornos mentais e comportamentais. O objetivo desse estudo foi avaliar o perfil das pessoas atendidas na Clínica de pacientes com Deficiências do Curso de Odontologia do UniFOA e a prevalência de má oclusão. Foram realizadas entrevistas com os responsáveis e realizado exame clínico dos respectivos pacientes. Observou-se que o uso de medicamentos era realizado por 76% desses pacientes, principalmente anticonvulsivantes (62,5%) e ansiolíticos (43,7%). Os hábitos bucais deletérios foram detectados em 38% dos pacientes. Foram identificadas altas prevalências de deglutição atípica (47,6%), respiração bucal/mista (95,2%) e fonação atípica (71,4%). A higienização oral era realizada ou complementada por responsável em 76,2% dos pacientes. Foram detectadas altas prevalências de alteração gengival (66,7%) e lesão cariiosa (71,4%). Concluiu-se que 38% dos pacientes apresentavam deficiência mental, 28,6% síndromes, 23,8% deficiência neurológica, além de menores índices de transtorno mental/comportamental, distúrbio sensorial e doença sistêmica crônica. Todos os pacientes apresentavam má oclusão, 28,6% Classe I de Angle, 38,1% Classe II e 33,3% Classe III. O tipo de má oclusão mais prevalente foi o apinhamento anterior, seguido da mordida cruzada anterior e posterior, trespasse vertical aumentado, e ainda, trespasse horizontal aumentado e mordida aberta anterior.

Palavras-chave: Má oclusão; Paciente especial; Clínica odontológica.

ABSTRACT

People with deficiencies understand all the individuals who possess long term restrictions that may compromise their participation in the society. The odontological treatment depends on eliminating or working around the existing difficulties in function of the present limitation. The same ones can be classified in groups: mental deficiencies, neurological disorders, physical disabilities, craniofacial syndromes and deformations, sensorial disorders, chronic systematic illnesses and mental and mannered upheavals. The objective of this study was to evaluate the profile of the people treated patient clinic with Deficiencies at the UNIFOA paleontology course with the malocclusion's prevalence. Interviews with the responsible ones had been carried through and respective patients were examined through clinical examination. It was observed that the medicine used was carried through for 76% of these patients, mainly anticonvulsants (62.5%) and anxiolytic (43.7%). The deleterious buccal habits had been detected in 38% of the patients. High prevalence of atypical deglutition (47.6%), mixing buccal breath had been identified (95.2%) and atypical phonation (71.4%). The verbal hygienic cleaning was carried through and founded for being responsible in 76.2% of the patients. High prevalence of gingival alteration (66.7%) and caries had been detected (71.4%). 28.6% were concluded that 38% of the patients presented mental deficiency, syndromes, 23.8% neurological deficiency, beyond lesser indices of mannered mental upheaval/, sensorial disorder and chronic systematic illness. All the patients presented harm occlusion, 28.6% Class I of Angle, 38.1% Class II and 33.3% Class III. The type of malocclusion more prevalent was the previous crowding, followed of the bite crossed previous and posterior, increased vertical crossing, and still, previous horizontal crossing increased and bite open.

Keywords: Malocclusion; Special patient; Dental clinic.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Hábitos Bucais Deletérios	28
Gráfico 2 Deglutição	28
Gráfico 3 Respiração	29
Gráfico 4 Fonação	29
Gráfico 5 Higienização Oral.....	30
Gráfico 6 Classificação da Má Oclusão	31

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética CoEPS
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos	
et al.	E colaboradores
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
QI	Quociente de Inteligência
UniFOA	Centro Universitário de Volta Redonda
%	Porcentagem

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A Anamnese e exame clínico42

LISTA DE ANEXOS

Anexo A Parecer Consubstanciado do CoEPs43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 Pessoa com Deficiência	11
2.1.1 Histórico.....	11
2.1.2 Terminologia.....	12
2.1.3 Classificação	12
2.2 Atendimento Odontológico da Pessoa com Deficiência	13
2.3 Alterações na Cavidade Oral.....	15
2.4 Principais Características Faciais e Funcionais de algumas Deficiências ...	18
2.5 Tratamento Ortodôntico no Paciente com Deficiência	19
3 MATERIAIS E MÉTODOS	23
4 RESULTADOS	24
5 DISCUSSÃO	29
6 CONCLUSÃO	35
7 REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	40
ANEXOS	41

1 INTRODUÇÃO

Pessoas com deficiências são aquelas que possuem restrições, de longo prazo, de natureza física, intelectual, mental ou sensorial, que podem prejudicar sua participação plena e efetiva na sociedade. Podem apresentar origem genética ou surgir no período gestacional e na vida adulta através de doenças crônicas ou transmissíveis, distúrbios psiquiátricos, uso de drogas, desnutrição, traumas e lesões (SEDS-PR, 2016).

De acordo com o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil existem 45,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, o que representa 23,9 % da população brasileira (CONADE, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que 10% da população apresenta algum tipo de necessidade especial, porém apenas 3% realiza tratamento odontológico (FARIA et al., 2013; PECORARO et al., 2013).

A saúde bucal contribui para proteger o organismo como um todo, portanto, na pessoa com deficiência impede que doenças sistêmicas possam ser agravadas, entretanto, para que o tratamento odontológico seja realizado é necessário eliminar ou contornar as dificuldades existentes em função da limitação existente (CROSP, 2014).

Os pacientes com deficiências apresentam alta frequência de má oclusão, necessitando adequar o tratamento ortodôntico às diversas deficiências (ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007; FARIA et al., 2013).

A Odontologia é a mesma para todas as pessoas o que muda é a necessidade especial que cada indivíduo apresenta para que esse atendimento aconteça (CROSP, 2014).

Esse estudo teve como objetivo avaliar o perfil das pessoas com deficiências atendidas na Clínica Odontológica do UniFoa, bem como a prevalência de má oclusão.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Pessoa com Deficiência

2.1.1 Histórico

Na antiguidade clássica, a criança que nascia com alguma insuficiência era abandonada ou sacrificada. Na Roma antiga, pessoas com deficiências se não fossem sacrificadas, podiam ser utilizadas para fins de prostituição. A partir do século IV, as pessoas com deficiências eram internadas em asilos voltados para marginalizados. Entre o século XI e XII, os deficientes físicos e mentais eram considerados como sinais da ira divina, determinado como “castigo de Deus”(SEDS-PR, 2016).

Iniciou-se nos séculos XVII e XVIII a valorização das pessoas com deficiência, com a criação dos primeiros métodos de aprendizagem, como o Sistema Braille e a leitura labial. A partir da revolução industrial, pessoas com deficiências passaram a ser compreendidas como possibilidade de mão de obra. No ano de 1960 foram realizados os primeiros jogos paraolímpicos (SEDS-PR, 2016).

No século 20, surgiu o modelo biomédico da deficiência, que corresponde a integração da pessoa com deficiência à sociedade, com políticas públicas específicas, relacionadas à saúde, assistência e educação especial (MAIOR, 2015).

Após a década de 90, foram criadas as principais leis que propagavam a inclusão de pessoas com deficiência na sociedade, por meio da igualdade de oportunidades (SEDS-PR, 2016).

Atualmente, com relação aos direitos humanos, busca-se garantir a dignidade da pessoa com deficiência, combatendo a violência aos seus direitos, a sua autonomia e acesso as prerrogativas sociais (MAIOR, 2015).

2.1.2 Terminologia

Na década de 20, presumia-se que pessoas com deficiências possuíam capacidade reduzida, por isso eram chamadas de “incapacitados”. Nas décadas de 60 e 80 as expressões usadas foram “deficientes” e “excepcionais”. No ano de 1988, surgiu a expressão “pessoa portadora de deficiência” e essa expressão foi muito criticada. Na década de 90, passou-se a usar o termo “pessoas com necessidades especiais” (SEDS-PR, 2016).

Na década de 90 e início do século 21, aconteceram vários eventos mundiais, organizados por pessoas com deficiências, conclamando o público a adotar o termo “pessoa com deficiência” (SASSAKI, 2003).

Finalmente, a partir de 2009, a terminologia pessoa com deficiência foi decretada pela Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da ONU e passou a ser adotada até hoje (SEDS-PR, 2016).

Uma sociedade verdadeiramente inclusiva deve se preocupar com a linguagem utilizada, evitando empregar termos, como: criança/adolescente/adulto com deficiência ou normal; pessoa portadora de deficiência; esta família tem um filho com deficiência; ele tem deficiência e é um ótimo aluno (SASSAKI, 2003).

2.1.3 Classificação

São consideradas pessoas com deficiências, os pacientes que possuem anormalidades ou perda de sua estrutura psicológica, fisiológica ou anatômica, gerando incapacidade para desempenhar atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano, entretanto, nem sempre a deficiência pode ser identificada pelo aspecto físico, por isso é de suma importância a anamnese minuciosa para que se possa detectar alterações e proporcionar um tratamento odontológico seguro ao paciente (BERTOLI; FERRONATO, 2009).

Conceituar e classificar os pacientes com deficiências em Odontologia permite adequar seu tratamento de acordo com suas peculiaridades (CAMPOS et al., 2009), entretanto, várias classificações são encontradas em estudos na literatura

(MUGAYAR, 2000; SANTOS; HADDAD, 2007; SEDS-PR, 2016), dentre elas a de Aguiar (2011) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp:

Deficiências mentais (graus: limítrofe (qi de 68 a 83, leve (qi de 52 a 67), moderado (qi 36 a 51), severo (qi 20 a 35, profundo (qi < ou = 20).

Distúrbios neurológicos (paralisia cerebral, sequela de acidente vascular cerebral, doença de Alzheimer, paralisia infantil, miastenia grave, distrofia muscular, mielomeningocele, autismo, epilepsia).

Deficiências físicas (deficiências motoras limitantes, artrite reumatóide juvenil, osteogênese imperfeita, raquitismo, disostoses).

Síndromes e deformações craniofaciais (síndromes congênitas, genéticas, cromossômicas ou de origem mitocondrial, com ou sem comprometimento intelectual).

Distúrbios sensoriais (deficiência auditiva, visual e de fala).

Doenças sistêmicas crônicas (diabetes mellitus, cardiopatias congênitas ou adquiridas, doenças hematológicas, doenças autoimunes e doenças vesico bolhosas, insuficiência renal crônica).

Transtornos mentais e comportamentais (neuróticos, psicóticos (esquizofrênicos; psicose maníaco depressivo), fóbicos).

2.2 Atendimento Odontológico da Pessoa com Deficiência

A sociedade encontra dificuldades em lidar com indivíduos com deficiências. Essa dificuldade é fruto do legado histórico e da falta de informação, gerando preconceito e despreparo da sociedade para atendê-los. As pessoas com deficiências necessitam de educação especial e instruções suplementares temporárias ou definitivas. A inclusão social pressupõe que todo ser humano tenha direito à educação, saúde, cultura, lazer, trabalho, assistência social, além de acesso à informação, comunicação, meios de transporte e locais de convivência. Neste sentido, a assistência odontológica precisa ser incentivada (FERREIRA et al., 2013).

Na Odontologia é considerado paciente com deficiência, todo indivíduo que apresenta uma ou mais limitações, impedindo-o de ser submetido a uma situação odontológica convencional (BRANDÃO DE JESUS; OLIVEIRA-SANTOS; MAIA FI, 2016).

São pacientes que cada vez mais buscam atendimento odontológico, devido o aumento da expectativa de vida. Porém, alguns profissionais ainda possuem dificuldade em atendê-los, pois existe a necessidade de adequações ergonômicas no consultório (BRANDÃO DE JESUS; OLIVEIRA-SANTOS; MAIA FI, 2016), bem como inexperiência profissional (BERTOLI; FERRONATO, 2009). Além de formação técnica o cirurgião-dentista deve ter valores humanizados para proporcionar melhor atendimento a estes pacientes (OLIVEIRA; GIRO, 2011).

O atendimento à pessoa com deficiência foi regulamentado há algum tempo, porém mesmo assim alguns pacientes encontram dificuldades em recebê-lo, encontrando-o apenas em instituições filantrópicas (DOMINGUES et al., 2015).

O paciente com deficiência vem para o atendimento odontológico necessitando de uma atenção especial (SILVA; PANHOCA; BLACHMAN, 2004), frequentemente com distúrbios de comunicação e locomoção (PEREIRA et al., 2010; MARTA, 2011), necessitando de cuidados, desde os procedimentos clínicos para a reabilitação da saúde bucal até questões que ultrapassam o conhecimento específico da área da Odontologia (SILVA; PANHOCA; BLACHMAN, 2004; SILVA et al., 2005), precisando, na maioria das vezes, dos cuidados de uma equipe multiprofissional (OLIVEIRA; GIRO, 2011; MARTA, 2011).

O tratamento odontológico pode modificar a auto estima desses indivíduos estimulando sua participação como cidadãos (PECORARO et al., 2013).

Todavia, devido a necessidade imediata de tratamento fisioterápico, médico, fonoaudiológico, entre outros, o tratamento odontológico comumente é postergado, contudo, ele deve ser iniciado o mais cedo possível, principalmente com promoção de saúde, com medidas educativas e preventivas (OLIVEIRA; GIRO, 2011).

Os cirurgiões-dentistas precisam conhecer as alterações sistêmicas dos pacientes (GONÇALVES, 2012), medicação utilizada (OLIVEIRA; GIRO, 2011), portanto, a anamnese deve ser minuciosa, para que seja oferecido um tratamento odontológico de qualidade, adequado para cada tipo de paciente, considerando suas limitações (GONÇALVES, 2012), com abordagens diferenciadas (AGUIAR, 2011).

Cada grupo de deficiências apresenta características diversas na necessidade de assistência, de acordo com sua incapacidade ou sua doença de base e das limitações que lhe são impostas, bem como, nem todo paciente com deficiência necessitará atenção odontológica diferenciada (FREIRE, 2011).

Torna-se necessário, portanto, compreender o panorama das necessidades odontológicas das pessoas com deficiências, a fim de garantir assistência que possa ajudá-las a superar suas dificuldades e melhorar tanto seu desenvolvimento como sua qualidade de vida (MUPPA et al., 2013).

O profissional precisa avaliar o aspecto psicológico que envolve a família e a expectativa em relação ao tratamento (PEREIRA et al., 2010; PECORARO et al., 2013).

A interação entre família, paciente e profissional é muito importante para o sucesso do tratamento, pela necessidade de cooperação e participação de todos (OLIVEIRA; GIRO, 2011).

2.3 Alterações na Cavidade Oral

A respiração bucal, anomalias de oclusão, higiene bucal deficiente, dieta cariogênica e uso de medicamentos são comuns em pacientes com deficiência física/mental, permitindo altos índices de cárie e doença periodontal (PEREIRA et al., 2010; QUEIROZ et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015; PINI; FROHLICH; RIGO, 2016), que pode ser agravado pela condição socioeconômica menos favorecida (QUEIROZ et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015).

A dificuldade na higiene bucal está intimamente ligada ao quadro clínico do paciente, pois frequentemente apresentam dificuldades na motricidade (WALDMAN; PERMAN; SWERDIOFF, 2000; OLIVEIRA; GIRO, 2011; GONÇALVES, 2012; JORGE et al., 2017) e muitas vezes ocorre negligência (QUEIROZ et al., 2014) ou falta de compreensão dos pais/responsáveis na realização de uma adequada higiene bucal (JORGE et al., 2017). Além disso, indivíduos com déficit intelectual podem não compreender a necessidade de higiene bucal. (WALDMAN; PERMAN; SWERDIOFF, 2000).

Frequentemente utilizam medicamentos, cujos efeitos colaterais podem afetar adversamente a saúde bucal, como medicamentos para convulsões que causam hiperplasia gengival, medicamentos psicotrópicos e cardiovasculares que podem causar diminuição da salivação, além do alto nível de açúcar que podem contribuir para o desenvolvimento da cárie dentária (WALDMAN; PERMAN; SWERDIOFF, 2000).

As pessoas com deficiências com frequência apresentam desenvolvimento de hábitos desfavoráveis (sucção digital, respiração bucal, postura inadequada da língua), ausência de uma dieta que exija mastigação completa, aumento dos níveis de cárie e perda dentárias (WALDMAN; PERMAN; SWERDIOFF, 2000; MUPPA et al., 2013).

Ocorre maior prevalência de más oclusões que está relacionada com as deformidades craniofaciais, postura anormal da língua, alterações na musculatura orofacial, distúrbios na respiração, mastigação, deglutição, fonação, além do bruxismo e outros problemas associados ao controle neuromuscular (WALDMAN; PERMAN; SWERDIOFF, 2000; SOUZA et al., 2013), necessitando tratamento com terapeutas miofuncionais (WALDMAN; PERMAN; SWERDIOFF, 2000; ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007).

A teoria da matriz funcional de Moss afirma que o crescimento crâniofacial acontece em resposta às funções e os tecidos moles relacionados a essas funções, portanto, se as funções orais estão alteradas por um distúrbio neuromotor ocorrerão alterações também nas bases ósseas e no posicionamento dentário (MOYERS, 1991;

HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007), explicando a alta prevalência de má oclusão nesses pacientes (ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007).

Uma deformidade facial traz inúmeros comprometimentos ao paciente, como em relação à estética, mastigação, deglutição, respiração, fonação, contribuindo para o desenvolvimento de alterações orais e perdas dentárias. Todavia, a melhora na forma-função proporciona a valorização da auto-estima do paciente com deficiência, melhorando sua qualidade de vida (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007).

Os pacientes com deficiências apresentam maior ocorrência de má oclusão comparados com a população geral, apresentando alta incidência de Classe II e III, mordida aberta, mordida cruzada, que permanece no adulto devido a falta de uma intervenção precoce (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007).

Oliveira et al. (2010) realizaram um estudo com 181 mães e seus filhos, com paralisia cerebral e síndrome de Down, com idade entre 3 e 12 anos, no Rio de Janeiro. A mordida cruzada anterior estava presente em 20,4 % das crianças, mordida cruzada posterior em 21,5% e a mordida aberta anterior em 29,8%. Os autores observaram uma associação do tipo de deficiência com o uso de mamadeira, com hábitos de sucção não nutritiva e infecção respiratória.

Faria (2013) realizou um estudo com 101 pacientes do Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência (CAOE) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp com o objetivo de avaliar a prevalência de má oclusão. Os pacientes foram distribuídos em 3 grupos: distúrbios neurológicos (paralisia cerebral), deficiência mental (retardo mental) e síndromes e deformações craniofaciais (Síndrome de Down). Os resultados encontrados foram que a má oclusão Classe II apresentou-se mais prevalente nos 3 grupos, chegando a 50% nos pacientes com síndrome de Down. A mordida cruzada posterior acometeu 61,1% dos pacientes com síndrome de Down e a mordida cruzada anterior também foi mais prevalente na SD, chegando a 16,7%, foi detectada a interposição lingual em 61,1% dos casos e a respiração bucal em 50%. A mordida aberta anterior foi mais prevalente na paralisia cerebral, em 34,3% dos pacientes e a respiração bucal em 54,3% e a interposição lingual em 42,9% desses pacientes.

Muppa et al. (2013) realizaram um estudo com 844 pessoas com deficiências e suas mães em onze Instituições no Sul da Índia. Os autores identificaram apinhamento anterior em 27,37% das crianças, sobremordida acentuada em 20,5%, Classe I em 14,34%, Classe II em 9,95%, Classe III em 5,33%, mordida cruzada anterior em 4,98% e mordida aberta em 4,62% e diastemas anteriores em 12,9%. Concluíram que a prevalência de má oclusão está associada ao tipo de deficiência e é maior no gênero masculino. As pessoas com deficiência mental apresentaram frequências mais altas de todos os tipos de má oclusão. A prevalência de apinhamento anterior foi maior em comparação com outros tipos de má oclusão, seguido por sobremordida acentuada.

Vellappally et al. (2014) realizaram um estudo na Índia, com 243 adolescentes com deficiências (deficiência mental, paralisia cerebral, síndrome de Down, autismo) e os resultados indicaram alta prevalência de má oclusão, de aproximadamente 93% dos participantes, com 84,8% com apinhamento anterior. No entanto, não houve correlação entre a gravidade da má oclusão e a presença de cárie dentária.

2.4 Principais Características Faciais e Funcionais de algumas Deficiências

A etiologia das más oclusões é multifatorial, abrange fatores hereditários, ambientais e sistêmicos, acometendo principalmente os pacientes com deficiências (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007).

Inúmeras malformações e síndromes exibem crescimento e desenvolvimento dismórficos levando à anomalias craniomaxilofaciais, que podem ser detectadas já na anamnese (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007).

Até o ano de 1994, cerca de 80 síndromes apresentando alterações de crescimento e desenvolvimento craniofacial foram descritas, e 21 associadas com deficiência mental. Os autores relataram que o grau de comprometimento mental é mais significativo que o diagnóstico da patologia para a ocorrência da má oclusão (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007).

O indivíduo com síndrome de Down apresenta déficit cognitivo, alta prevalência de cardiopatia congênita, subdesenvolvimento do terço médio da face, má oclusão

Classe III e anomalias dentárias (MACHO et al., 2008), além de hipotonia muscular, protrusão lingual, alterações nos órgãos que compõe o sistema estomatognático, que causa um desequilíbrio de forças entre os músculos orais e faciais, alterando a arcada dentária. Além das características musculares, a respiração bucal além de deixar a criança susceptível a infecções respiratórias, gera a atresia maxilar e dificuldade na articulação dos sons e na fala (BARATA; BRANCO, 2010). Possuem grande incidência de doença periodontal e dentre os hábitos deletérios, o de maior prevalência é o bruxismo (MACHO et al., 2008).

A paralisia cerebral é o resultado de um defeito ou lesão no cérebro em desenvolvimento, que pode estar associada a outros distúrbios, como a deficiência visual e/ou auditiva, epilepsia e distúrbios cognitivos. Apresentam alto índice de má oclusão em decorrência do distúrbio neuromotor que leva a uma falta de coordenação neuromotora da musculatura de cabeça e pescoço, boca quase continuamente aberta, postura anteriorizada da língua. A má oclusão Classe II divisão 1 e a mordida aberta anterior ocorrem frequentemente (ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007).

Quanto maior a severidade da desordem neuromotora e a idade do paciente com paralisia cerebral, maior será a severidade da má oclusão (ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007).

2.5 Tratamento Ortodôntico no Paciente com Deficiência

O conhecimento das alterações na cavidade oral do paciente com deficiência, bem como das condições sistêmicas torna-se necessário para obtenção de um bom resultado no tratamento (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007).

A prevalência e severidade da má oclusão é especialmente alta, entretanto, muitos pacientes possuem limitações médicas para os vários procedimentos que são frequentemente necessários na busca da excelência do tratamento ortodôntico e quase todos têm problemas comportamentais moderados a graves que dificultam ou até impossibilitam o tratamento (BECKER; SHAPIRA; CHAUSHU, 2009).

A higiene oral é um importante fator a ser considerado para a realização do tratamento ortodôntico (BECKER; CHAUSHU; SHAPIRA, 2004). E ainda, atenção deve ser dada a alta expectativa do paciente e dos cuidadores com o resultado final do tratamento ortodôntico (ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007).

Existem alguns requisitos que devem ser considerados para submissão ao tratamento ortodôntico: condição cognitiva do paciente deve permitir que ele entenda o tratamento ortodôntico, queira realizá-lo e aceite os eventuais desconfortos decorrentes do tratamento; condição motora que permita a ação do profissional; capacidade de higienização pelo paciente e/ou cuidadores; condições sistêmicas satisfatórias, envolvimento e motivação dos cuidadores (ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007), além da idade, o diagnóstico da patologia, e condição sistêmica e bucal (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007).

Protocolos ortodônticos devem ser adaptados para os problemas individuais observados, com objetivos realistas de tratamento, tendo em vista alcançar um resultado ideal para esse paciente, com suas limitações e aplicando procedimentos de tratamento apropriados para o paciente (BECKER; CHAUSHU; SHAPIRA, 2004), podendo ainda, redesenhar aparelhos, de forma que facilite o uso e os tornem mais resistentes e exigindo menor colaboração do paciente (WALDMAN; PERMAN; SWERDIOFF, 2000).

Ao definir as metas do tratamento ortodôntico é imprescindível a participação de uma equipe multiprofissional, como fonoaudiólogo, fisioterapeuta, otorrinolaringologista e psicoterapeuta, facilitando e apoiando a terapia orofacial. Todavia o tratamento é individualizado para cada tipo de patologia e comportamento de cada paciente. É formada uma tríade entre profissional, paciente e cuidador, e assim obtém-se resultados satisfatórios em relação ao tratamento (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007).

Técnicas ortodônticas convencionais podem ser utilizadas desde que os pacientes apresentem condições para o tratamento (ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007).

Aparelhos fixos são geralmente mais complexos que aparelhos removíveis, pois requerem que o paciente fique sentado por maiores períodos de tempo para permitir o posicionamento preciso dos braquetes e outros acessórios, além dos ajustes e ativações que podem envolver sensações desagradáveis de pressão causada pela introdução e manipulação de instrumentos dentro da boca, enquanto o ajuste de aparelhos removíveis é feito extraoralmente e não causa incômodo ao paciente. Do ponto de vista dos pais, manter uma higiene bucal adequada é mais difícil na presença de aparelhos ortodônticos fixos (BECKER; CHAUSHU; SHAPIRA, 2004).

A necessidade de profilaxia antibiótica no tratamento ortodôntico existe quando o indivíduo apresenta patologias de risco moderado ou alto e os procedimentos envolvam a instalação e remoção de bandas ortodônticas (ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007).

Os pacientes que fazem uso de anticonvulsivantes a base de difenilhidantoína podem apresentar hiperplasia gengival sendo contra-indicado o tratamento ortodôntico, pois o aparelho fixo permite o acúmulo de biofilme exacerbando a hiperplasia e o aparelho móvel pode ser fraturado durante uma convulsão (ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007).

Os aparelhos ortopédicos funcionais realizam o reequilíbrio do sistema neuromuscular pela correta excitação neural de todo o mecanismo, com indicações para pacientes com deficiências e podem ser utilizados em idades mais jovens ou mais tardias, conforme objetivo do tratamento (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007).

São contraindicações ao tratamento ortopédico funcional dos maxilares: má higiene bucal, gengivite dilantinica, periodontite, alto índice de cárie, deficiência mental moderada a grave, determinados transtornos psiquiátricos, transtornos convulsivos não controlados, doenças infecciosas em fase aguda, pacientes irradiados em região de cabeça e pescoço, transplantados de órgãos e imunossuprimidos por medicamentos (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007).

Os objetivos do tratamento ortodôntico nos pacientes com paralisia cerebral podem ficar aquém do ideal e como não ocorre restabelecimento de funções orais ideais, devem ser realizadas sobrecorreções e optar por contenções fixas (ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007).

Como com qualquer forma de tratamento ortodôntico, a contenção pós-tratamento é imprescindível, no entanto, no grupo de pacientes com deficiências, a etiologia não pode ser eliminada durante o tratamento, e portanto, podem nunca alcançar a estabilidade, por isso a contenção deve ser por um longo período de tempo (BECKER; CHAUSHU; SHAPIRA, 2004).

Em uma pesquisa realizada por Becker, Chaushu e Shapira (2004) foi observado que a maioria dos pais de pacientes com deficiências tratados, mostrou satisfação com os resultados do tratamento ortodôntico e relataram alterações faciais / dentárias positivas, como também melhora nas funções orais, no padrão de deglutição com redução da baba, melhora na fala e até mastigação. Além disso, eles perceberam que, as crianças que estavam cientes da melhoria da aparência, melhoraram sua autossatisfação e autoconfiança.

O tratamento ortodôntico promove inúmeros benefícios, como o aumento da eficiência mastigatória, facilidade de higienização, melhora na estética e conseqüentemente da autoestima do paciente, além de causar um impacto positivo no paciente e na família, pela inserção no contexto de indivíduos sem deficiências (ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007).

Torna-se necessário compreender as necessidades odontológicas de crianças com deficiências, com atenção a determinados fatores etiológicos, objetivando uma redução no desenvolvimento das más oclusões. Contudo, quando necessário, realizando o tratamento ortodôntico, que permitirá uma melhoria considerável na qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2010).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Volta Redonda (CoEPS) – UniFOA, com número CAAE 83316118.6.0000.5237e aprovado em 11/04/2018 (Anexo A).

No presente estudo foram incluídos pacientes em tratamento na Clínica de Pacientes com Deficiências do Curso de Odontologia do UniFOA, no período de março a agosto de 2018, que concordaram em participar e assinaram o termo de Consentimento Livre e esclarecido. Foram excluídos pacientes que tenham realizado tratamento ortodôntico.

Foram realizadas entrevistas com os responsáveis e coletadas as seguintes informações dos respectivos pacientes: gênero, idade, diagnóstico médico da deficiência, uso de medicamentos, presença de hábitos bucais deletérios e responsáveis pela higiene oral. Foi realizado um exame clínico dos pacientes e avaliado: deglutição, respiração, fonação, aspecto gengival, presença de cárie, perdas dentárias e presença de má oclusão (Apêndice A).

De acordo com o tipo de comprometimento, os pacientes foram classificados tendo como referência o estudo de Aguiar (2011).

4 RESULTADOS

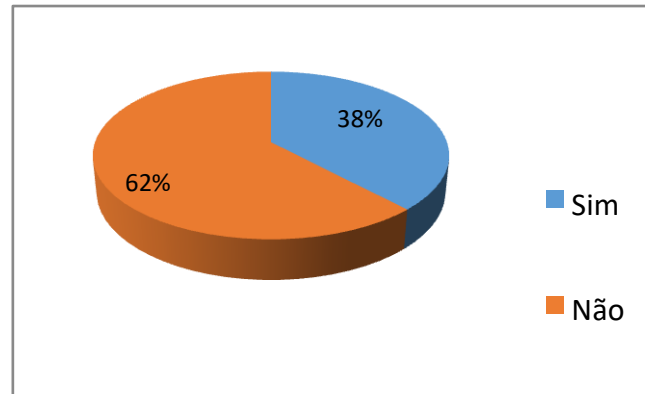
Foram avaliados um total de 21 pacientes, 12 do gênero feminino (57%) e 9 do gênero masculino (43%), com idade variando entre 5 e 59 anos.

Com relação ao diagnóstico médico, 8 pacientes apresentavam deficiência mental (intelectual) (38%); 6 síndromes (4 síndrome de Down, 1 Síndrome de West e 1 Síndrome de William) (28,6%); 5 deficiência neurológica (23,8%); 2 transtorno mental/comportamental (9,5%); 2 distúrbio sensorial (deficiência auditiva) (9,5%) e 1 doença sistêmica crônica (cardiopatia) (4,7%). Dois pacientes apresentavam distúrbio mental e neurológico e 1 paciente apresentava doença sistêmica crônica e deficiência auditiva.

Do total dos pacientes avaliados, 16 (76%) faziam uso de medicamentos. Dentre eles, 10 (62,5%) faziam uso de anticonvulsivantes e 7 (43,7%) de ansiolíticos, dentre eles 4 (25%) faziam uso de anticonvulsivantes e ansiolíticos. Esses pacientes também faziam uso, com menor frequência de medicamentos antipsicóticos, anti-hipertensivos, suplemento vitamínico, antidiabéticos, medicamentos à base de estatina e antihepatotóxicos.

Em relação a presença de hábitos bucais deletérios, 13 pacientes (62%) não apresentavam nenhum tipo de hábito e 9 apresentavam (38%), sendo que 4 pacientes roíam unha, 2 faziam sucção digital, 1 sucção de chupeta e 4 apresentavam outros hábitos, como morder toalhinha, passar dedos nos dentes, morder mão e autoagressão. Dois pacientes apresentavam mais de um hábito (Gráfico 1).

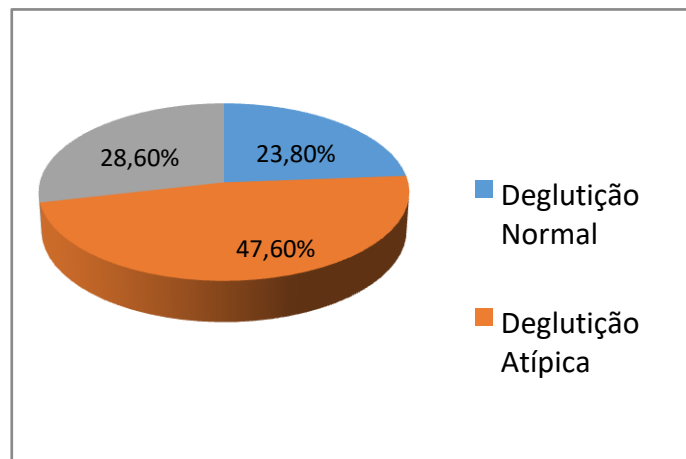
Gráfico 1: Hábitos Bucais Deletérios



%percentual

No exame clínico foi detectado deglutição normal em 5 pacientes (23,8%), deglutição atípica em 10 pacientes (47,6%) e em 6 pacientes não foi possível avaliar (28,6%) (Gráfico 2).

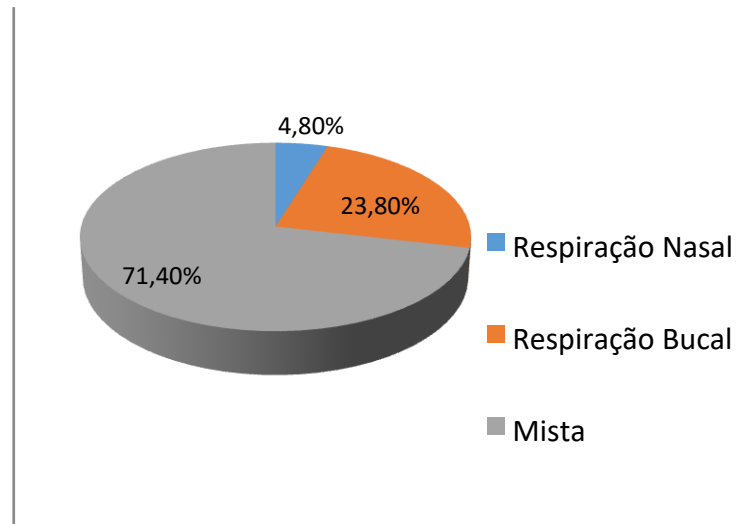
Gráfico 2: Deglutição



%percentual

Um paciente apresentava respiração nasal (4,8%), 5 bucal (23,8%) e 15 mista (71,4%) (Gráfico 3).

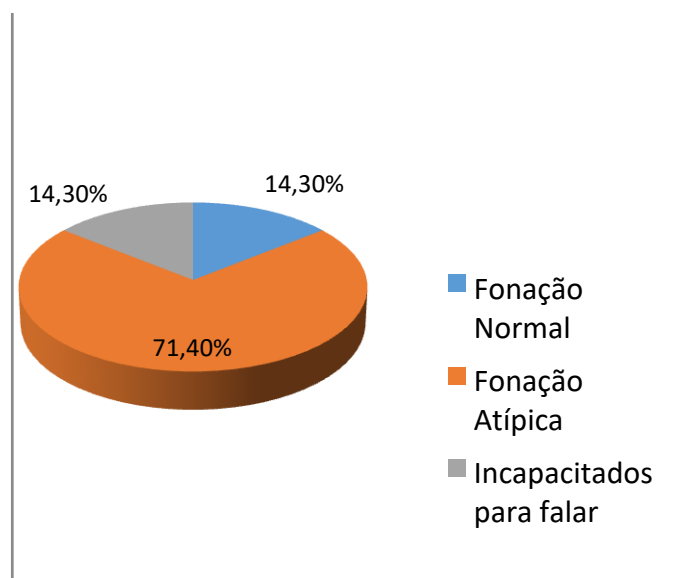
Gráfico 3: Respiração



%percentual

Três pacientes apresentavam fonação normal (14,3%), 15 atípica (71,4%) e 3 eram incapacitados para falar (14,3%) (Gráfico 4).

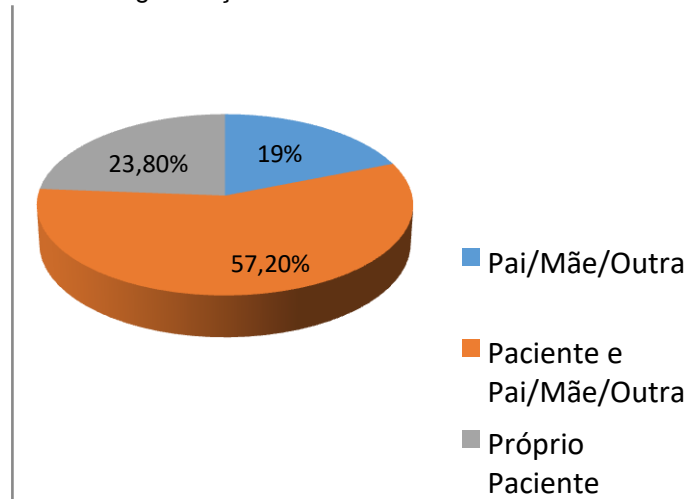
Gráfico 4: Fonação



%percentual

Em relação a higienização oral desses pacientes, em 4 era realizada por pai/mãe/outra (19%), em 12 era realizada pelo paciente e pai/mãe/outra (57,2%) e 5 pacientes realizavam sua própria higiene (23,8%) (Gráfico 5)

Gráfico 5: Higienização Oral



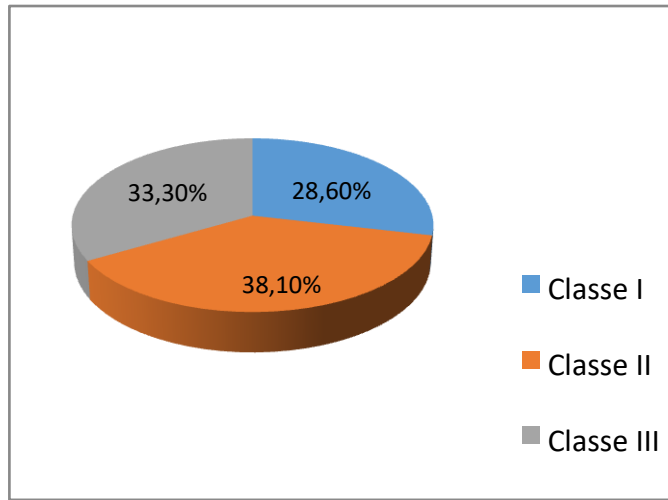
%percentual

Ainda no exame clínico foi avaliado o aspecto gengival, sendo que 14 pacientes apresentavam alguma alteração gengival (66,7%) e 7 não apresentavam (33,3%). Lesão cariosa foi detectada em 15 pacientes (71,4%), enquanto 6 pacientes não apresentavam lesão cariosa (28,6%). Dos 21 pacientes examinados, 11 apresentavam perdas dentárias (52,4%) e 10 não apresentavam (47,6%).

Todos os pacientes avaliados (100%) apresentavam algum tipo de má oclusão, sendo 6 Classe I de Angle (28,6%), 8 Classe II (38,1%) e 7 Classe III (33,3%) (Gráfico 6). A má oclusão mais prevalente foi o apinhamento anterior em 10 pacientes (47,6%) (6 com apinhamento superior e inferior; 2 com apinhamento superior e 2 com apinhamento inferior), seguido da mordida cruzada anterior em 8 pacientes (38,1%) e da mordida cruzada posterior em 8 pacientes (38,1%) (unilateral em 6 pacientes e bilateral em 2 pacientes), trespasse vertical aumentado em 5 (23,8%), trespasse horizontal aumentado em 3 (14,3%) e mordida aberta anterior em 2 (9,5%). Dez pacientes apresentavam mais de uma alteração nas arcadas (Gráfico

6).

Gráfico 6: Classificação da Má Oclusão



%percentual

5 DISCUSSÃO

Os direitos das pessoas com deficiência na sociedade após a década de 90 foram assegurados por leis que buscam igualdade de oportunidades (MAIOR, 2015; SEDS-PR, 2016). A terminologia pessoa com deficiência foi adotada em 2009 (SASSAKI, 2003; SEDS-PR, 2016).

Pessoas com deficiências possuem anormalidades que comprometem sua estrutura anatômica, fisiológica ou psicológica comprometendo o desempenho de suas atividades dentro do padrão considerado normal (BERTOLI; FERRONATO, 2009; SEDS-PR, 2016).

Na literatura são encontradas diversas classificações utilizadas na Odontologia (MUGAYAR, 2000; AGUIAR, 2003; SANTOS; HADDAD, 2007; SEDSPR, 2016), agrupando os pacientes de acordo com o tipo de comprometimento e/ou área comprometida em: desvios de inteligência, distúrbios neurológicos, deficiências físicas, síndromes e deformações craniofaciais, distúrbios sensoriais, doenças sistêmicas crônicas, transtornos mentais e comportamentais. No presente estudo, os pacientes apresentavam diversos tipos de comprometimentos, de acordo com a classificação de Aguiar (2011): 38% deficiência mental, 28,6% síndromes, 23,8% deficiência neurológica, 9,5% transtorno mental/comportamental, 9,5% distúrbio sensorial e 4,7% doença sistêmica crônica.

Na Odontologia, o paciente com deficiência é todo indivíduo impedido de ser submetido a um tratamento convencional (BRANDÃO DE JESUS; OLIVEIRASANTOS; MAIA FI, 2016).

Apesar do atendimento odontológico à pessoa com deficiência ter sido regulamentado há algum tempo, os pacientes encontram dificuldade em recebê-lo (DOMINGUES et al., 2015), portanto, essa assistência precisa ser incentivada (FERREIRA et al., 2013), principalmente pela maior procura devido ao aumento da expectativa de vida das pessoas com deficiências (BRANDÃO DE JESUS; OLIVEIRA-SANTOS; MAIA FI, 2016). Os profissionais precisam de experiência profissional

(BERTOLI; FERRONATO, 2009), bem como valores humanizados (OLIVEIRA; GIRO, 2011), podendo necessitar de adequações ergonômicas no consultório (BRANDÃO DE JESUS; OLIVEIRA-SANTOS; MAIA FI, 2016).

O paciente com deficiência precisa de atenção especial no atendimento odontológico e de cuidados de uma equipe multiprofissional (SILVA; PANHOCA; BLACHMAN, 2004; SILVA et al., 2005; PEREIRA et al., 2010; OLIVEIRA; GIRO, 2011; MARTA, 2011).

O tratamento odontológico deve iniciar o mais cedo possível, com medidas preventivas e educativas (OLIVEIRA; GIRO, 2011), que permitirão melhorar a autoestima dos pacientes (PECORARO et al., 2013), entretanto, esse tratamento frequentemente é adiado devido a necessidade imediata de tratamento fisioterápico, fonoaudiológico e médico (OLIVEIRA; GIRO, 2011).

O cirurgião-dentista deve utilizar abordagens diferenciadas de acordo com as alterações sistêmicas dos pacientes e medicação utilizada (AGUIAR, 2011; FREIRE, 2011; GONÇALVES, 2012; MUPPA et al., 2013).

O profissional precisa avaliar a expectativa da família em relação ao tratamento (PEREIRA et al., 2010; PECORARO et al., 2013) e deve haver uma interação entre família, paciente e profissional para o sucesso do tratamento (OLIVEIRA; GIRO, 2011).

Pacientes com deficiências apresentam altos índices de cárie, doença periodontal (WALDMAN; PERMAN; SWERDIOFF, 2000; PEREIRA et al., 2010; MUPPA et al., 2013; QUEIROZ et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015; PINI; FROHLICH; RIGO, 2016), e conseqüentemente perdas dentárias (WALDMAN; PERMAN; SWERDIOFF, 2000), decorrentes da utilização de medicamentos (com alto nível de açúcar, que causam diminuição da salivagem e hiperplasia gengival) e de dificuldades na higiene bucal (WALDMAN; PERMAN; SWERDIOFF, 2000; OLIVEIRA; GIRO, 2011; GONÇALVES, 2012; JORGE et al., 2017).

Do total de pacientes avaliados, 76% faziam uso de medicamentos, principalmente anticonvulsivantes e ansiolíticos e de acordo com Waldman, Perman

e Swerdioff (2000) esses medicamentos podem causar, respectivamente hiperplasia gengival e diminuição da salivação.

Os pacientes com deficiências frequentemente apresentam dificuldades na motricidade (WALDMAN; PERMAN; SWERDIOFF, 2000; OLIVEIRA; GIRO, 2011; GONÇALVES, 2012; JORGE et al., 2017). Com relação a higienização oral, observou-se que aproximadamente 24% dos pacientes realizavam a própria higienização, enquanto o restante era realizada apenas pelos responsáveis (19%) ou principalmente complementada pelos responsáveis (57%).

Nos pacientes avaliados foram detectados altos índices de cárie (71,4%) e de alterações gengivais (66,7%), entretanto, perdas dentárias foram identificadas em 52,4% dos pacientes.

São pacientes que apresentam alta prevalência de más oclusões decorrentes de deformidades crânio faciais, alterações na musculatura orofacial (WALDMAN; PERMAN; SWERDIOFF, 2000; ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007; SOUZA et al., 2013), hábitos bucais deletérios (WALDMAN; PERMAN; SWERDIOFF, 2000; OLIVEIRA; MUPPA et al., 2013), distúrbio neuromotor e conseqüentemente alterações nas funções no sistema estomatognático (WALDMAN; PERMAN; SWERDIOFF, 2000; ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007; SOUZA et al., 2013), explicada pela teoria da matriz funcional de Moss (MOYERS, 1991; HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007), entretanto, a melhora na forma-função permitirá melhorar a autoestima e qualidade de vida do paciente (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007).

Todos os pacientes avaliados no presente estudo apresentavam má oclusão e foram observadas altas prevalências de alterações nas funções do sistema estomatognático, com 47,6% com deglutição atípica (não foi possível avaliar em 28,6%), 71,4% com respiração mista e 23,8% respiração bucal, 71,4% com fonação atípica (incapacitados para falar 14,3%). Os hábitos bucais de roer unha, sucção digital e sucção de chupeta foram identificados em 38% dos pacientes.

Os pacientes com deficiências apresentam maior prevalência de má oclusão comparado com a população em geral, com altos índices de Classe II e III, mordida

aberta e mordida cruzada (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007), comprovado em vários estudos (OLIVEIRA et al. 2010; FARIA, 2013; MUPPA et al. 2013; VELLAPPALLY et al 2014).

As más oclusões são causadas por fatores hereditários, ambientais e sistêmicos, portanto acometem principalmente os pacientes com deficiências (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007).

Inúmeras síndromes apresentam alterações no crescimento e desenvolvimento craniofacial podendo estar associada a deficiência mental e assim aumentando a ocorrência da má oclusão (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007). Pessoas com síndrome de Down apresentam maior prevalência de má oclusão Classe III (MACHO et al., 2008) e pessoas com paralisia cerebral má oclusão Classe II divisão I e mordida aberta anterior (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007).

A alta prevalência de má oclusão do presente estudo (100%) confirmou os dados da literatura no que se refere a prevalência (WALDMAN; PERMAN; SWERDIOFF, 2000; ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007; SOUZA et al., 2013) e do estudo de Vellappally et al. (2014) que foi de aproximadamente 93%. A má oclusão Classe II foi a mais prevalente (38,1%) como no estudo de Faria (2013), seguido da Classe III (33,3%) e Classe I (28,6%).

O apinhamento anterior foi o tipo de má oclusão mais prevalente na amostra estudada, detectado em 47,6% dos pacientes, abaixo dos valores encontrados por Vellappally et al. (2014) de 84,8%, mas acima dos resultados de Muppa et al. (2013) de aproximadamente 27%. A mordida cruzada posterior teve relevante prevalência no presente estudo, em 38,1% dos pacientes, acima dos valores encontrados no estudo de Oliveira et al. (2010) de 21,5%, entretanto, no estudo de Faria (2013) 61% dos pacientes com síndrome de Down a apresentavam. A mordida cruzada anterior também teve uma prevalência de 38,1%, bem acima dos resultados de Muppa et al. (2013) de aproximadamente 5% e de Faria (2013) em 16,7% dos pacientes com síndrome de Down. O trespasse vertical aumentado em 23,8% dos pacientes teve um resultado significativo no presente estudo. Foram identificados ainda, trespasse horizontal aumentado e mordida aberta anterior, com prevalências pouco significativas, 14,3% e 9,5%, respectivamente.

Para um adequado tratamento ortodôntico torna-se necessário o conhecimento das alterações da cavidade oral e condições sistêmicas do paciente (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007), pois muitos apresentam limitações médicas e problemas comportamentais que dificultam ou impossibilitam o tratamento (BECKER; SHAPIRA; CHAUSHU, 2009).

Existem requisitos para que o paciente com deficiência seja apto a receber o tratamento ortodôntico, como idade, condição cognitiva e sistêmica, controle motor, capacidade de higienização do paciente e/ou cuidador, condição bucal e motivação (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007; ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007).

Para obtenção de resultados satisfatórios no tratamento ortodôntico torna-se necessário uma adequação dos aparelhos e procedimentos às necessidades e limitações específicas de cada paciente (BECKER; SHAPIRA; CHAUSHU, 2009; WALDMAN; PERMAN; SWERDIOFF, 2000), com participação de equipe multiprofissional (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007).

Deve-se optar por uma técnica ortodôntica de acordo com as condições dos pacientes, pois aparelhos fixos requerem maior tempo nas consultas e geram maior dificuldade na higienização (ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007). Os aparelhos ortopédicos funcionais podem ser utilizados, entretanto, apresentam contraindicações, como má higiene bucal, gengivite dilatínica, alto índice de cárie, deficiência mental moderada e grave, transtorno convulsivo não controlado, dentre outros (HIRATA; GEORGEVICH; HADDAD, 2007).

A etiologia da má oclusão nem sempre é eliminada durante o tratamento ortodôntico (BECKER; SHAPIRA; CHAUSHU, 2009), como nem sempre as funções orais são restabelecidas, portanto, devem ser realizadas sobrecorreções (ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007) e a contenção pós tratamento deve permanecer por longo período de tempo (ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007; BECKER; SHAPIRA; CHAUSHU, 2009).

O tratamento ortodôntico possibilita inúmeros benefícios como, facilidade de higienização, melhoria nas estruturas faciais e dentárias, melhores funções do sistema

estomatognático, melhora na estética e conseqüentemente na autoestima e qualidade de vida (ORTEGA; VIEIRA; HADDAD, 2007; BECKER; SHAPIRA; CHAUSHU, 2009).

6 CONCLUSÃO

Após a avaliação das pessoas atendidas na Clínica de pacientes com Deficiências do Curso de Odontologia do UniFOA, constatou-se que 57% eram do gênero feminino e 43% do gênero masculino. Desses pacientes 38% apresentavam deficiência mental, 28,6% síndromes, 23,8% deficiência neurológica, além de menores índices de transtorno mental/comportamental, distúrbio sensorial e doença sistêmica crônica. O uso de medicamentos era realizado por 76% desses pacientes, principalmente anticonvulsivantes e ansiolíticos. Os hábitos bucais deletérios foram detectados em 38% dos pacientes. Foram identificadas altas prevalências de deglutição atípica, respiração bucal/mista e fonação atípica. Apenas 23,8% desses pacientes eram responsáveis pela própria higiene bucal. Foram detectadas altas prevalências de alteração gengival e lesão cariada.

Todos os pacientes avaliados apresentavam algum tipo de má oclusão, sendo a mais prevalente o apinhamento anterior, seguido da mordida cruzada anterior e posterior, trespasse vertical aumentado, e ainda, com menores valores, trespasse horizontal aumentado e mordida aberta anterior.

7 REFERÊNCIAS

AGUIAR, S.M.H.C.A. **Assistência Odontológica Integrada a Paciente com Deficiência. Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba – Universidade Estadual Paulista.** 2011. 85p.

BARATA, L. F.; BRANCO, A. Os distúrbios fonoarticulatorios na Síndrome de Down e a intervenção precoce. **Rev. CEFAC**, Campinas, v.12, n.1, p.134-9, 2010.

BECKER, A.; CHAUSHU, S.; SHAPIRA, J. Orthodontic Treatment for the Special Needs Child, **SeminOrthod**, Philadelphia, v.10, p.281-92, 2004.

BECKER, A.; SHAPIRA, J.; CHAUSHU, S. Orthodontic treatment for the special needs child. **ProgOrthod.**, Copenhagen, v. 10, n.1, p. 34-47, 2009.

BERTOLI, L.C.F.; FERRONATO, T. **Perfil dos pacientes com necessidades especiais atendidos na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.** 2009. 27p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

BRANDÃO DE JESUS, R.B.; OLIVEIRA-SANTOS, P.; MAIAFI, E.M. Acessibilidade de pacientes com deficiência física, nos estabelecimentos odontológicos da cidade de Imperatriz-MA-Brasil. **Rev. Odontologia(ATO)**, Bauru, v. 16, n. 7, p. 804- 22, jul. 2016.

CAMPOS, C.C.; FRAZÃO, B.B.; SADDI, G.L.; MORAIS, L.A.; FERREIRA, M.G.; SETÚBAL, P.C.O.; ALCÂNTARA, R.T. **Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais.** 2 ed. Goiânia, 2009.

CONADE - Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. 2012. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/conade>. Acesso em: 03 mar. 2018.

CROSP- CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO, - **Odontologia para pacientes com necessidades especiais.** São Paulo, mar. 2014. 2p.

DOMINGUES, N.B.; AYRES, K.C.M.; MARIUSSO, M.R.; ZUANON, A.C.C.; GIRO, E.M.A. Caracterização dos pacientes e procedimentos executados no serviço de atendimentos executados no serviço de atendimento a pacientes com necessidades especiais da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP. **RevOdontol Unesp**, Araraquara, v.44, n.6, p. 345-50, 2015.

FARIA, L.P.; NAUFAL, J.E.; LUGATO, I.C.P.T.; ZAMALLOA, M.Y.; MICHELETTI, K.R.; MENDONÇA, M.R.; et al. Prevalência de más oclusões em pacientes com deficiências. **3º Congresso da Faculdade de Odontologia em Araçatuba**, Araçatuba, 2013.

FERREIRA, S.H.; VIANA, E.S.; LEAL, D.S.; KRAMER, P.F. Inclusão social para paciente com deficiência: um novo motivo para sorrir. 2013. Disponível em: <http://www.revistas.ufpr.br/extensao/article/download/35315/21992>. Acesso em: 19 nov. 2017.

FREIRE, A.L.A.S.S. Saúde Bucal para Pacientes com Necessidades Especiais: Análise da Implementação de uma Experiência Local. 2011. 255p. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública)- Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. 2011.

GONÇALVES, J.B. **Atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais: uma revisão de literatura.** 2012. 23p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)-Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina, Conselheiro Lafaiete, 2012.

HIRATA, S.R.; GEORGEVICH, P.V.C.; HADDAD, A.S. Ortopedia Funcional dos Maxilares Direcionada ao Pacientes com Necessidades Especiais. In: HADDAD, A.S. **Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.** São Paulo: Santos, 2007.

JORGE, K.O.; VELOSO, J.P.; MEDEIROS, K.R.; MAGALHÃES, S.R.; SANTOS, P.C.M. Atendimento odontológico às crianças com necessidades especiais: uma revisão da literatura. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v.15, n.2, p.54-64, 2017.

MACHO, V.M.P.; SEABRA, M.; PINTO, A.; SOARES, D.; ANDRADE, C. Alterações craniofaciais e particularidades orais da trissomia 21 – **Acta Pediatria Portuguesa**, Lisboa, v.39, n.5, p.190-4, 2008.

MAIOR, I. História, conceito e tipos de deficiência. Secretaria de Direitos da Pessoa com Deficiência. 2015. Disponível em: <http://www.http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/pdf/textosApoio/Texto1.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MARTA, S.N. Programa de assistência odontológica ao paciente especial: uma experiência de 13 anos. **Rev Gaúcha Odontol**, Porto Alegre, v.59, n.3, p.37985,jul/set. 2011.

MOYERS, R.E. **Ortodontia.** 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

MUGAYAR, L.R.F. **Pacientes Portadores de Necessidades Especiais: Manual de Odontologia e Saúde Oral.** São Paulo: Pancast, 2000.

MUPPA, R.; BHUPATHIRAJU, P.; DUDDU, M.K.; DANDEMPALLY, A.; KARRE, D.L. Prevalence and determinant factors of malocclusion in population with special needs in South India. **J Indian Soc Pedod Prev Dent.**, India, v.31, n.2, p.87-90, 2013.

OLIVEIRA, A. L. B. M. D.; GIRO, E. M. A. Importância da abordagem precoce no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. **Odonto**, São Paulo, v.19, n.38, p.45-51, 2011.

- OLIVEIRA, A. C.; PAIVA, S. M.; MARTINS, M. T.; TORRES, C. S.; PORDEUS, I. A. Prevalence and determinant factors of malocclusion in children special needs. **Eur J Orthod**, London, n.33, p. 413-8, 2010.
- ORTEGA, A.O.L.; VIEIRA, S.M.C.P.A.C.; HADDAD, A.S. Ortodontia para Pacientes com Necessidades Especiais. In: HADDAD, A.S. **Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais**. São Paulo: Santos, 2007.
- PECORACO, P.V.B.F.; SILVA, M. F.; MAIA, M.P.C.; CONDÉ, S.P. **Pacientes com deficiências: metodologia e prática de inclusão social na Faculdade de Odontologia de Valença/RJ**. 2013. Disponível em: http://www.faa.edu.br/revistas/docs/RID/2013/RID_2013_31.pdf. Acesso em: 19 nov. 2017.
- PEREIRA, L.M.; MARDERO, E.; FERREIRA, S.H.; KRAMER, P.F.; COGO, R. B. Atenção odontológica em pacientes com deficiência: a experiência do curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS. **Stomatós**, Canoas, R.S, v:16, n.31, jul/dez. 2010.
- PINI, D. M. ; FROHLICH, P. C. G. R.; RIGO, L. Oral health evaluation in special needs individual. **Einstein**, São Paulo, v.14, n.4, p.501-7, 2016.
- QUEIROZ, F.S.; RODRIGUES, M.M.L.F.; CORDEIRO JUNIOR, E. A.; OLIVEIRA, A.B.; OLIVEIRA, J. D.; ALMEIDA, E.R. Avaliação das condições de saúde bucal de Portadores de Necessidades Especiais. **RevOdontol Unesp**, Araraquara, v.43; n.6, p. 369-401, 2014.
- SANTOS, M.T.B.R.; HADDAD, A.S. Defeitos Físicos. In: HADDAD, A.S. **Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais**. São Paulo: Santos, 2007.
- SASSAKI, R. K. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. 2003. Disponível em: https://acessibilidade.ufg.br/up/211/o/TERMINOLOGIA_SOBRE_DEFICIENCIA_NA_ERA_DA.pdf?1473203540. Acesso em: 20 ago. 2018.
- SEDS-PR - Secretaria da Família e Desenvolvimento Social do Paraná. Conhecendo a pessoa com deficiência .Coleção Paraná Inclusivo. Volume I. 2016. 23p.
- SILVA, O.M.P.; PANHOCA, L.; BLACHMAN, I.T. Os pacientes portadores de necessidades especiais: revisando os conceitos de incapacidade, deficiência e desvantagem. **Salusvita**, Bauru,v. 23, n. 1, p. 109-16, 2004.
- SILVA, Z. C. M.; PAGNONCELLI, S. D.; WEBER, J. B. B.; FRITSCHER, A. M. G. Avaliação do perfil dos pacientes com Necessidades Especiais da clinica de odontopediatria da PUCRS. **Revista OdontoCiência**, Rio Grande do Sul, v. 20, n. 50, p.313-8, out/dez. 2005.
- SOUZA, R.A.; RODRIGUES, R.S.; NERY, M.S.; SANTOS, L.P.S.; FREITAS, L.M.A.; PITHON, M.M. Interceptive Orthodontics in special patients: two case reports. **Rev. Clin. Ortod. Dent. Press**, v.12, n.5, p.78-85, 2013.

VELLAPPALLY, S.; GARDENS, S. J.; KHERAIF, A.A.A.; KRISHNA, M.; BABU, S.; HASHEM, M.; et al. The Prevalence of malocclusion and its association with dental caries among 12-18 year-old disabled adolescents. **BMC Oral Health**, London, n.14, p.1-7, 2014.

WALDMAN, M. B.; PERMAN, S. P.; SWERDIOFF, M. Orthodontics and the population with special needs. **Am J OrthodontofacialOrthop**, St. Louis, n.118, p. 14-7, 2000.

Apêndice A: Anamnese e exame clínico

QUESTIONÁRIO (ANAMNESE)

Nome do paciente: _____

Idade: _____ Gênero: ()masc. ()fem.

Responsável que foi entrevistado: ()pai ()mãe ()outro _____

Diagnóstico médico: _____

Medicamentos em uso:

Hábitos bucais deletérios:

()sucção digital ()sucção de chupeta ()roer unha ()outros _____

Responsável pela higiene oral: ()pai/mãe/outra pessoa ()próprio paciente ()paciente e pai/mãe/outra pessoa

EXAME CLÍNICO

-Deglutição: ()normal ()atípica ()não foi avaliado _____

-Respiração: ()nasal ()bucal ()mista _____

-Fonação: ()normal ()atípica _____

Aspecto gengival: ()normal ()alterado _____

Presença de cárie: ()sim ()não _____

Perdas dentárias: ()sim ()não _____

Presença de má oclusão: ()sim ()não

Avaliação da má oclusão:

()Classe I ()Classe II ()Classe III - Classificação de Angle

()Mordida cruzada anterior

()Mordida cruzada posterior bilateral

()Mordida cruzada posterior unilateral ()direita ()esquerda

()Mordida aberta anterior

()Trespasse vertical aumentado

()Trespasse horizontal aumentado

()Apinhamento anterior ()superior ()inferior

Anexo A: Parecer Consubstanciado do CoEPs



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS ATENDIDAS NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DO UNIFOA.

Pesquisador: Roberta Mansur Caetano

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 83316118.6.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.592.952

Apresentação do Projeto:

Estudo com aplicação de questionário e exame físico oral em pessoas com deficiência, para determinar o perfil das mesmas.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o perfil dos pacientes com deficiências atendidos na Clínica do UniFoa e a prevalência de má oclusão

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: segundo os pesquisadores o estudo não apresenta riscos por se tratar de uma análise de dados coletados em entrevista e exame clínico.

Benefícios: Aumentar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao atendimento dos pacientes com deficiências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho é interessante e apresenta um bom questionário. O exame clínico não é descrito, mas provavelmente seguirá o protocolo da clínica, uma vez que ela é parte de uma instituição educacional.

Endereço: Avenida Paulo Eraldo Abranches, nº 1325
 Bairro: Pinheiro 03, Sala 05 - Bairro Três Poços CEP: 27.240-560
 UF: RJ Município: VOLTA REDONDA
 Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 2.592.902

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão em acordo.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1062955.pdf	05/04/2018 14:50:20		Aceito
Outros	AutorizacaoUsodeimagem2.docx	05/04/2018 14:49:35	Roberta Mansur Caetano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLExclma16anos.docx	13/03/2018 11:38:26	Roberta Mansur Caetano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLExclma16anos.docx	13/03/2018 11:38:06	Roberta Mansur Caetano	Aceito
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_ROBERTA_MANSUR_DEFL_ASSINADA.pdf	01/03/2018 14:51:53	Ana Carolina Gioseff	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	22/01/2018 23:19:26	Roberta Mansur Caetano	Aceito
Folha de Rosto	Folharostoassinada.pdf	12/01/2018 10:50:28	Roberta Mansur Caetano	Aceito
Outros	QuestionarioExameclinico.docx	11/01/2018 21:56:13	Roberta Mansur Caetano	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	11/01/2018 21:51:49	Roberta Mansur Caetano	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Paulo Eraldo Alves Abrantes, nº 1325
 Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços CEP: 27.240-580
 UF: RJ Município: VOLTA REDONDA
 Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: coepe@foa.org.br



Continuação do Processo: 2.592.902

VOLTA REDONDA, 11 de Abril de 2018

Assinado por:
Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Avenida Paulo Eriel Alves Abrantes, nº 1328
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Tóka Poços CEP: 27.240-580
UF: RJ Município: VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: coepa@foa.org.br