MARIA PATRICIA KAPICIUS MARIANO CAIRES

Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais no centro de especialidades odontológicas da estância hidromineral de Poá

São Paulo
2018

MARIA PATRICIA KAPICIUS MARIANO CAIRES

Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais no centro de especialidades odontológicas da estância hidromineral de Poá

Versão Corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas para obter o título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Patologia Oral e Maxilofacial e Pacientes Especiais.

Orientador: Prof. Dr. Fabio Daumas Nunes

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Caires, Maria Patricia Kapicius Mariano.

Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais no centro de especialidades odontológicas da estância hidromineral de Poá / Maria Patricia Kapicius Mariano Caires ; orientador Fábio Daumas Nunes. -- São Paulo, 2018.

135p. : fig., tab., ; 30 cm.

Tese (Doutorado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Patologia Oral e Maxilofacial e Pacientes Especiais. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Assistência odontológica para pacientes especiais. 2. Tratamento odontológico 3. Paciente especial. 4. Pacientes em odontologia. 5. Especialidades odontológicas I. Nunes, Fábio Daumas. II. Título.

Caires MPKM. Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais no centro de especialidades odontológicas da estância hidromineral de Poá. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutor em Ciências Odontológicas.

Aprovado em 20/06/2018

Banca Examinadora

Profa. Dra. Luciana Corrêa

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo- FOU SP

Julgamento : aprovada

Prof. Dr. Marcel Lautenclager Arriaga

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia - FOU FBA

Julgamento: aprovada

Prof. Dr. Élcio Magdalena Giovani

Faculdade de Odontologia da Universidade Paulista – FOUNIP

Julgamento: aprovada

*Aos meus filhos **Ana Carolina e Miguel,***

minha razão de viver!

Obrigada por todas as vezes que compreenderam mais essa etapa de nossas vidas

Ajudaram demais para que eu pudesse finalizar esse trabalho, sendo muito

independentes, responsáveis e ao mesmo tempo...amorosos e carinhosos!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao meu orientador e amigo, Prof. Dr. Fabio Daumas Nunes, o primeiro e especial agradecimento pela dedicação, apoio e competência, e também pelos muitos anos de aprendizado! Foi quem me ensinou a gostar cada vez mais da minha profissão, desde meus primeiros passos no atendimento a pacientes com necessidades especiais como estagiária no CAPE, até como meu orientador do Mestrado e Doutorado!

Aos meus pacientes com necessidades especiais, razão deste estudo, que com sua sensibilidade e carinho, todos os dias me ensinam o que é a coragem, o afeto e o verdadeiro sentido da vida; e seus familiares, que me mostram o que verdadeiro significado do amor, dedicação e da perseverança!

À todos os familiares e amigos que ao longo da vida, me fizeram ser o que sou, de várias maneiras, no limite possível do que poderiam para o momento... vocês fazer parte dessa conquista, e moram no meu coração!

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Patologia Oral e Maxilofacial, em especial ao Dr. Décio dos Santos Pinto Júnior, meu primeiro orientador nesta etapa, Dra Marina Gallotini, que me incentivou a iniciar esse doutorado.

À todos os professores da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, exemplos de competência e dedicação!

Aos colegas da Universidade de São Paulo, que com sua juventude e alegria, me ajudaram e apoiaram nessa etapa desafiadora!

Aos funcionários da USP, principalmente Vinícius, sempre solícitos e prontos a colaborar!

À Dra. Aida Sabbag Haddad, pela sua presença em minha qualificação, passando além de conhecimento técnico e científico, muita sabedoria de vida!

Ao amigo Dr. Marcel Lautenschlager Arriaga, diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, pelo seu apoio à distância, com sugestões importantes na estruturação desse estudo.

Aos meus colegas de trabalho, do CEO – Poá, pelo companheirismo durante esses anos de doutorado,

À gerência do CEO-Poá, que permitiu a realização deste trabalho, Dra. Regiana De Carlini e Dr. João Simões Júnior, e funcionários que fazem com que esta Clínica seja um orgulho para todos nós!

À Dra. Ana Lúcia Aparecida Bronzo de Freitas, minha querida amiga e companheira de especialidade no CEO-Poá, responsável pelo atendimento de parte dos pacientes estudados, cuja competência tornou esse estudo possível!

À amiga e colega de trabalho no CEO-Poá, Dra Camilla Eduarda Zambon, que com seu bom-humor me fez rir nos momentos difíceis, e ao mesmo tempo com sua seriedade profissional, e boa vontade ajudou no projeto de pesquisa!

À amiga e funcionária do CEO-Poá à Sra. Vanda Fernandes Leite, que separou todos os prontuários físicos deste estudo, e posteriormente organizou no arquivo! Um trabalho exaustivo enorme, feito com muita boa vontade e competência! .

À Andreia Santana de Oliveira, que na sua gestão como gerente do CEO-Poá, entendeu a importância deste doutorado, deu seu total apoio, sendo além de minha chefe, minha amiga querida!

Ao querido Paulo Roberto Casella, por todas as milhares de vezes que me ajudou efetivamente para que eu pudesse concluir esse estudo! Por toda paciência nos inúmeros dias que fiquei escrevendo essa tese, enquanto você me encorajava e cuidava!

À Camilla e Paulo E. Casella que me ajudaram várias vezes na informática, com muita boa vontade!

À Dr^a. Rossana Verônica Mendoza López especialista em estatística do ICESP, e sua experiência admirável em análises estatísticas!

*"Colocar ao serviço dos pacientes os progressos técnicos de cada dia
é certamente uma das tarefas mais difíceis da pesquisa médica,
mas ela é ao mesmo tempo sua nobreza
e sua única razão de ser"*

Dr. Jérôme Lejeune

(Pesquisador que descobriu a causa da síndrome de Down)

RESUMO

Caires, MPKM. Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais no centro de especialidades odontológicas da estância hidromineral de Poá [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia da USP; 2018. Versão Corrigida.

Em odontologia, pacientes com necessidades especiais são aqueles com doença ou situação clínica, que implique em um atendimento diferenciado. O Centro de Especialidades Odontológicas é a referência municipal da Estância Hidromineral de Poá – SP, para atendimento odontológico especializado a todos os grupos desta população, nos âmbitos ambulatorial e domiciliar. O objetivo deste estudo foi comparar as necessidades de tratamento periodontal, de restaurações dentárias, exodontias e do uso de próteses removíveis destes indivíduos, atendidos no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016, em relação aos diferentes grupos de diagnóstico e com a população em geral. A amostra total foi composta pelos Pacientes com Necessidades Especiais, também denominados PNE, do CEO-Poá (n=497). Foram avaliados gênero, idade, diagnóstico principal, história médica, âmbito de atendimento, tabagismo, etilismo, acometimentos sistêmicos, e necessidades odontológicas. Os dados foram compilados para o formulário eletrônico epi info 7.0, tabulados, e analisados estatisticamente. No perfil deste PNE, idade média de 37,9 anos, sendo 50,75% do gênero masculino, principalmente com doenças sistêmicas (32,59%) seguida de deficiências físicas (16,70%). As principais necessidades dos PNE foram os tratamentos periodontais (60,70%), seguido das exodontias (59,55%), e restaurações dentárias (57,95%), sendo todos estes percentuais maiores que da população em geral. A reabilitação protética foi possível em 17,11% dos indivíduos, principalmente no grupo denominado condições sistêmicas. O uso de próteses removíveis destes PNE foi menor que da população em geral, e associada ao tipo de diagnóstico e faixa etária. Esses achados reforçam a importância da prevenção odontológica para PNE em CEOs.

Palavras-chave: Odontologia para pacientes com necessidades especiais. CEO (Centro de Especialidades Odontológicas). Necessidades odontológicas.

ABSTRACT

Caires, MPKM. Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais no centro de especialidades odontológicas da estância hidromineral de Poá [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia da USP; 2018. Versão corrigida.

In dentistry, patients with special needs are those with a disease or a clinical situation that require a differentiated care. The Center of Dental Specialties of Poá Spa Town is the municipal reference for specialized dental care, therefore have a large number of patients encompassing all categories of diagnosis in this diverse group of people. Treatments are carried out in the outpatient setting, at home, or patient may also be referred to a hospital for general anesthesia. The present study aims to analyze the impact patients diagnosis has on their dental needs. Dental needs for each diagnosis will be considered for attended patients from 2011 to 2016. The physical records will be reviewed, and the demographic data compiled to an electronic form that was specially developed for this study (Annex C). After statistical analysis, it will be possible to verify if there is a relation between main diagnosis, age, gender, scope of care, medical history and dental needs of this group of patients. The compilation of this information will allow a better understanding the characteristics of population attended in a particular municipality. Protocols to meet the dental needs of each group will be suggested. This knowledge may favor safe dental practice, implantation of new services or their improvement. Also may help developing new strategies to promote oral health and better quality of life for these patients.

Keywords: Dentistry for patients with special needs. Center of Dental Specialties.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 4.1	Quadro descritivo dos 10 grupos estudados, categorizados segundo o tipo de diagnóstico principal.....	54
Gráfico 5.1 -	Distribuição dos pacientes que necessitaram de tratamento periodontal, segundo a faixa de idade.....	68
Gráfico 5.2 -	Distribuição dos pacientes que foram indicados ao uso de próteses removíveis, segundo a faixa etária	69
Gráfico 5.3 -	Distribuição do percentual de pacientes indicados ao uso de próteses removíveis, segundo a classificação de pacientes com necessidades especiais Haddad (23)	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 -Características dos participantes do estudo.....	57
Tabela 5.2 - História médica e odontológica pregressa e número de procedimentos odontológicos	58
Tabela 5.3 - Distribuição dos procedimentos odontológicos segundo faixa etária dos pacientes estudados.....	61
Tabela 5.4 - Distribuição dos procedimentos odontológicos segundo diagnóstico dos pacientes estudados.....	63
Tabela 5.5 - Prevalência de procedimentos odontológicos segundo grupo diagnóstico e faixa etária	71
Tabela 5.6 - Prevalência de necessidade de prótese segundo grupo diagnóstico PNE e faixa etária	75
Tabela 5.7 - Prevalência de periodontia segundo grupo diagnóstico e faixa etária dos pacientes estudados.....	77
Tabela 5.8 - Prevalência de dentística segundo grupo diagnóstico PNE e faixa etária	79
Tabela 5.9 - Prevalência de exodontia segundo grupo diagnóstico PNE e faixa etária.	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANEO	Assembleia Nacional de Especialidades Odontológicas
CD	Cirurgião-Dentista
CEO-POÁ	Centro de especialidades odontológicas da Estância hidromineral de Poá
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CID10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde – décima edição
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CROSP	Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Paralisia cerebral
PNE	Pacientes com necessidades especiais
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
TEA	Transtornos do espectro autista

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	27
2.1	Definições e conceitos de PNE	27
2.2	Definições e conceitos de PNE na odontologia.....	29
2.3	Classificações dos PNE	30
2.4	Odontologia para PNE como especialidade.....	32
2.5	CEO (Centro de Especialidades Odontológicas).....	34
2.6	Importância das pesquisas associando PNE e saúde pública.....	36
2.7	Necessidades Odontológicas dos PNE.....	39
2.8	Diagnóstico principal associado às necessidade odontológicas.....	46
3	PROPOSIÇÃO	51
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	53
5	RESULTADOS	57
6	DISCUSSÃO	85
7	CONCLUSÃO.....	95
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICES.....	111
	ANEXOS.....	125

1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida relacionada à saúde tem sido prioridade na comunidade científica e também na odontologia, onde estudos visam otimizar condições bucais, e o bem estar da população em geral.(1) Entre os pacientes com necessidades especiais (PNE), perder a saúde bucal é mais impactante ainda, uma vez que o atendimento odontológico desses indivíduos pode exigir mais experiência e conhecimentos específicos. (2). Portanto, diagnosticar, prevenir, tratar e controlar os problemas de saúde bucal dos indivíduos com maior complexidade biológica e/ou psicológica e/ou social, bem como interagir com a equipe multidisciplinar tem sido o objetivo dos cirurgiões-dentistas especialistas nesta área. (3)

Pesquisas demonstram a necessidade urgente em capacitar odontólogos, e de organizar clínicas especializadas para atender esta população de alto risco. (4). Novos conhecimentos científicos tem sido gerado, para estimular e habilitar cirurgiões-dentistas à esta especialidade desde a graduação (5,6). No Brasil, consta cadastrados nos registros do Conselho de Odontologia 667 especialistas em PNE para o total de 536.937 Cirurgiões-Dentistas.(7) Por outro lado, pesquisas científicas na área de PNE vem aumentando e são fundamentais para avaliar a proporção desse problema de saúde coletiva, conhecer as necessidades odontológicas, definir condutas e protocolos de atendimento mais seguros e eficientes para esses indivíduos. (4,8,9)

Este estudo tem como objetivo comparar as necessidades de tratamento periodontal, de restaurações dentárias e do uso de próteses removíveis destes indivíduos. A metodologia inclui PNE atendidos no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016, e a comparação de dados em relação aos diferentes grupos de diagnóstico, com a população em geral, visando melhor compreensão da população estudada, implementação e otimização de serviços públicos, estratégias para melhoria da saúde bucal, a qual tem influência direta na saúde física e mental, sendo fundamental na qualidade de vida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Definições e conceitos de PNE

As referências, individuais e sociais, podem influenciar os conceitos, passíveis de transformação diante de inovações e acontecimentos, e adaptações à cada época. (4) A aceitação e convivência com PNE tem sido alterada com o passar dos séculos (10) A existência de PNE foi marcada pelos homens da caverna, ao desenhar indivíduos com limites e acometimentos convivendo normalmente nas comunidades, e assim a aceitação sugerida pelos historiadores. Já a exclusão e rejeição foi comprovada com o sacrifício desta população diferente do padrão, muitas vezes logo ao nascimento, tanto na Grécia Antiga, Império Romano, e como nas tribos esquimós. Somente na Idade Média, apesar de segregados em mosteiros, ou associados às feitiçarias, foram considerados possuidores de alma e pagadores de pecados pela população em geral. (10)

Durante o Renascimento, no século XV, uma publicação intitulada “Sobre as Doenças que Privam os Homens da Razão”, escrita pelos médicos Celso e Cardano. Nesta época, foram concebidos os primeiros conceitos associando os distúrbios mentais às alterações orgânicas, e não somente distúrbios espirituais. Outro novo acontecimento médico importante, foi a implantação dos primeiros hospitais psiquiátricos. Porém, como não existiam os tratamentos, os doentes eram apenas confinados. O médico Philippe Pinel, no Hospital de Bicêtre em Paris, foi quem iniciou a seleção dos enfermos em alas, segundo seus comportamentos específicos. Assim, os estudos psiquiátricos foram iniciados, na tentativa de estabelecimento de protocolos e descrição de síndromes. (10,11) Ainda nos séculos XVI e XVII, as guerras desencadearam a necessidade de reabilitação para mutilados, cegos e surdos. Com o retorno dos combatentes sequelados aos seus lares, as limitações adquiridas foram consideradas enfermidades. (10)

As produções científicas sobre PNE, foram iniciadas somente no final do século XVIII, com sinais externos e sintomas sendo associados à diagnósticos e protocolos de tratamentos médicos, e mais um século se passou até que foram descritas as células, tecidos e órgãos, assim como a medicina hospitalar emergencial com a implantação de mais estudos médicos (12)

No início do século XX, os tratamentos multidisciplinares foram reconhecidos cientificamente, depois de uma publicação de 1922, abordando a melhora das dores e das limitações de pacientes com artrite após o uso de calor e exercícios. Assim, o termo “Reabilitação” foi aceito na Conferência de Fisioterapia, e em 1926, o Presidente do Congresso Americano de Terapia, argumentou que esses princípios básicos de tratamentos interdisciplinares deveriam ser inseridos aos alunos de medicina (13) Com toda essa evolução científica, o convívio dos PNE na sociedade foi otimizado, e acelerado após as duas grandes guerras com a volta dos ex combatentes sequelados. As famílias e pacientes passaram a requerer seus direitos, e consequentemente associações importantes foram criadas, culminando com a Confederação das Organizações Mundiais Interessadas na Pessoa Deficiente. (14)

O conceito de inclusão surgiu, e após várias etapas, em 1948, a “Declaração Universal dos Direitos Humanos” foi declarada em Paris. Finalmente as disparidades de saúde entre os PNE e a população em geral foi considerada um erro moral.(15) A partir daí, muitos termos, definições e conceitos foram sendo estabelecidos, deixando confusa a comunicação entre as classes médicas, e jurídicas. Uma conquista importante foi “1981”, determinado como o Ano Internacional das Pessoas Deficientes (AIPD), porém nesta data até mesmo os documentos oficiais apresentaram termos e conceitos confusos, sendo mescladas as palavras: “inválidos”, “incapacitados”, e “excepcionais”. (16) E assim, até os dias de hoje, muitas vezes esses indivíduos são denominados aleatoriamente com o termo “Deficiente”, isto é incapazes de assegurar por si mesmo, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência congênita ou não em suas capacidades físicas ou mentais”. (17)

2.2 Definições e conceitos de PNE na odontologia

Na Odontologia, definições e conceitos sobre PNE foram sendo adaptados, sempre baseados em acontecimentos e na evolução científica de cada época. A importância dos cuidados dentários nessa população foi citada pela primeira vez em 1965, e neste mesmo artigo científico foi evidenciada a responsabilidade do Cirurgião-Dentista em promover atendimento odontológico a todas as pessoas, inclusive às comprometidas física ou mentalmente. (18) Apesar de tardio, quando comparado com a medicina e outras áreas, o desenvolvimento da odontologia para PNE tem evoluído com acontecimentos subsequentes e importantes como a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental, em 1970, e Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, quando foram discutidas e reconhecidas as necessidades dos tratamentos dentários para essas populações. Porém, infelizmente até então, esses preceitos foram apenas teóricos (19). A importância da preparação dos cirurgiões-dentistas para o atendimento aos PNE foi relatada, e reconhecida pela comunidade científica somente em 1974, com a publicação de mais um artigo científico (20).

Entre as décadas de 80 e 90, a nomenclatura destes pacientes foi diversificada e confusa, com várias expressões como “Odontologia para excepcionais”, “deficientes”, “pacientes especiais” sendo encontradas nas publicações deste período, enquanto a definição aceita era “todo indivíduo que possui alteração física, intelectual, social ou emocional, alteração essa aguda ou crônica, simples ou complexa, que necessita de educação especial e instruções suplementares temporárias ou definitivamente” (21–23) A partir do ano de 2001 até o presente momento, a nomenclatura está definida como “Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais”, tanto no Brasil, como pela IADH (*Internacional Association of Dentistry for Handicapped*). (24) e assim sugerido que apesar desses indivíduos precisarem de cuidados diferenciados, podem conviver em sociedade oferecendo sua contribuição de forma eficiente. (10)

Já o Ministério da Saúde do Brasil tem definido PNE como “todo usuário que apresenta uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental,

física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional” (25)

2.3 Classificações dos PNE

As classificações são consideradas viáveis desde que sejam incluídas todas as doenças existentes, dentro de um número manuseável de categorias, portanto são inúmeras as utilizadas na literatura científica. (26) Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem preconizado duas classificações para PNE: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde, décima edição (CID-10) e Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). (27) Estes dois sistemas foram considerados os mais eficientes na descrição das reais condições de vida dos PNE, sendo objetivado: guiar ações e decisões, delinear políticas, definir intervenções e otimizar o uso de orçamentos aos cuidados destes indivíduos.(28)

O CID-10 foi inserido na comunidade científica em 1893, com o nome “Classificação de Bertillon”, sendo que nessa época, apenas a razão da morte do indivíduo era citada. Seus conceitos foram revisados e adaptados continuamente, até que na sexta edição todas as doenças e motivos de consultas finalmente foram incluídas. (28) Atualmente, a décima edição está organizada em 20 capítulos com os acometimentos sendo definidos através de três dígitos, incluindo letras e números. (29) , sua importância é tem sido apontada pela possibilidade da utilização mundial, tanto por equipes clínicas multidisciplinares, como nas ciências epidemiológicas, organizações administrativas de serviços de saúde e setores jurídicos. O objetivo mundial principal foi otimizar a comunicação entre os diversos segmentos da sociedade diante dos assuntos referentes à saúde. (30) Na Odontologia o CID-10 é utilizado continuamente em laudos, encaminhamentos, e na comunicação interdisciplinar.(27)

Já a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi aprovada em 2001, também pela OMS. A Rehabilitation International (RI), foi associada a 1800 peritos e seus centros colaboradores, sendo 50 países envolvidos nas discussões e descrita inicialmente em seis idiomas oficiais, sendo a versão em língua portuguesa oficializada e publicada somente em 2003. (28) Esta classificação é considerada a versão evoluída da “Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens” (CIDID) ou *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), sendo que pela primeira vez as limitações dos indivíduos foram compreendidas pelos profissionais de diversas áreas, sendo otimizadas a comunicação, o planejamento multidisciplinar tanto em casos individuais, como na saúde coletiva. (31) Ainda na CIF, a possibilidade de uma população inteira ser passível da convivência com doenças crônicas e suas consequências diante da realidade cotidiana é considerada, baseada no aumento da expectativa de vida das pessoas, viabilizado pela evolução da medicina e reabilitações. (28) Ainda neste sistema, a “deficiência” foi definida como a perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente, sendo incluídas anomalias, defeitos ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Já a “incapacidade” foi conceituada como a restrição da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano, enquanto a “desvantagem” como prejuízo resultante de uma deficiência ou uma incapacidade. Neste caso, as diferenças individuais de realização, expectativas individuais e sociais são relacionadas visando a socialização da deficiência e consequentes adaptações nas habilidades de sobrevivência. (32)

No Brasil, com a Lei no. 7.853 de 24 de outubro de 1989, vários termos e conceitos importantes para a Odontologia para PNE foram descritos. A “deficiência” foi oficializada como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica onde foi gerada a incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Entretanto, as deficiências também foram classificadas segundo o período de tempo que o indivíduo está acometido, sendo a “deficiência permanente” estabilizada por um período de tempo que não permite recuperação. Todavia, a “incapacidade” foi descrita como redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com

necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida. Porém, a regulamentação desta lei foi oficializada dez anos após sua aprovação, pelo decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, com a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, onde outros direitos foram complementados, e a classificação destes indivíduos oficializada em cinco categorias: físicas, auditiva, visual, mental ou múltiplas. (33)

Já a Classificação de PNE Sabbagh-Haddad e Magalhães foi adotada pela Odontologia brasileira e oficializada pelo CFO na II Assembléia Nacional de Especialização Odontológica (ANEO) em 2001. Após muitos estudos e discussões, os PNE foram distribuídos em 9 grupos, e após categorizados segundo o tipo de diagnóstico principal, sendo deficiência mental; deficiência física; anomalias congênitas; distúrbios comportamentais (TEA); transtornos psiquiátricos; distúrbios sensoriais e de comunicação; doenças sistêmicas crônicas; doenças infectocontagiosas; e condições sistêmicas. (24)

2.4 Odontologia para PNE como especialidade

No Brasil, até o ano de 2001, atendimentos odontológicos a PNE foram implantados em associações e universidades, diante da demanda de indivíduos com alterações na saúde oral e geral. Muitos profissionais foram preparados com o passar do tempo, tanto pela experiência clínica, ou como pela frequência em cursos e congressos. Na literatura científica, a publicação de artigos foi associada ao atendimento dessa população, e descritas adaptações de manejo, e características das diversas categorias de PNE associadas à odontologia, tanto em revistas brasileiras, como internacionais. Diante desta realidade, a especialidade de odontologia para PNE foi normatizada e reconhecida oficialmente na II ANEO com a participação de várias entidades (Apêndice A) e teve suas regras definidas pelo CFO por meio da Resolução 22/2001, artigo 31, que foi publicada no diário Oficial em 25 de janeiro de 2002. A partir desta data, cirurgiões-dentistas atuantes na área foram

avaliados e seus títulos recebidos por merecimento, e os cursos de especialização foram regulamentados. (34)

Os objetivos da especialidade em PNE estão apontados como diagnóstico, a prevenção, tratamento e controle dos problemas de saúde bucal das pessoas que apresentam uma complexidade no seu sistema biológico e/ou psicológico e/ou social, bem como a percepção da necessidade de atuação dentro de uma estrutura transdisciplinar com outros profissionais de saúde e de áreas correlatas com o paciente.(34) Posteriormente, com a Resolução 25/2002 foram preconizadas as áreas de competência do especialista em odontologia para PNE, descritas como : prestar atenção odontológica aos pacientes com graves distúrbios de comportamento, emocionalmente perturbados; que apresentam condições incapacitantes, temporárias ou definitivas, que apresentam problemas especiais de saúde com repercussão na boca e estruturas anexas; atender em âmbito ambulatorial, hospitalar ou domiciliar; e aprofundar estudos pertinentes à especialidade. (34)

Entretanto, em 2015 foram definidos conceitos importantes para a especialidade de odontologia em PNE, com a publicação do artigo 69, onde foi descrito que “Odontologia para PNE, é a especialidade que tem por objetivo a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal de pacientes que tenham alguma alteração no seu sistema biopsicossocial. Leva em conta todos os aspectos envolvidos no processo de adoecimento do homem, importantíssimos na adequação do tratamento odontológico frente às necessidades dos mesmos, levando em conta a classificação de funcionalidade. Além disso, ter uma percepção e atuação dentro de um espaço de referência que tenha uma estrutura inter, multi e transdisciplinar, com envolvimento de outros profissionais de saúde e áreas correlatas, para oferecer um tratamento integral ao paciente”. (35) Já as áreas de competência do especialista em PNE estão oficializadas pelo CFO, diante do artigo 70: “As áreas de competência para atuação do especialista em Odontologia para PNE, incluem: a) prestar atenção odontológica aos pacientes com distúrbios psíquicos, comportamentais e emocionais; b) prestar atenção odontológica aos pacientes que apresentam condições físicas ou sistêmicas, incapacitantes temporárias ou definitivas no nível ambulatorial, hospitalar ou domiciliar; c) aprofundar estudos e prestar atenção aos pacientes que apresentam

problemas especiais de saúde com repercussão na boca e estruturas anexas, bem como das doenças bucais que possam ter repercussões sistêmicas; e, d) inter-relacionamento e participação da equipe multidisciplinar em instituições de saúde, de ensino e de pesquisas”. (35)

2.5 CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)

A implantação desses centros, com o programa Brasil Sorridente, foi legalizada pela portaria nº1.570/GM, de 29 de julho de 2004, e a parceria financeira determinada entre as esferas governamentais, com recursos do Ministério da Saúde repassados aos municípios, e tanto a contratação dos profissionais, como instalação e manutenção dos equipamentos viabilizadas em cada cidade. (36) Estes centros denominados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Clínicas Especializadas ou Ambulatórios de Especialidade, são responsabilizados pelo atendimento público odontológico de média complexidade, incluído o atendimento a PNE. (37) Entretanto, foi na portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, que a obrigatoriedade do atendimento à PNE foi associada a implantação dos CEOs. (25), enquanto na portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011, foi estipulada a produção mensal mínima em cada especialidade, e condicionada ao repasse da verba federal.

Devido à sua importância, vale ser lembrada a evolução da saúde pública do Brasil, culminado com o atendimento odontológico especializado em PNE. Na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para reestruturar a saúde pública brasileira, e em 1994 definido o Programa de Saúde da Família (PSF) como porta de entrada do cidadão neste sistema. Esta denominação foi alterada para “Estratégia” da saúde da família (ESF), Assim, levantamentos epidemiológicos foram efetuados, e pela primeira vez a demanda da odontologia para PNE foi reconhecida e oficializada. (38) Entretanto, desde 1995, na X Conferência Nacional de Saúde, quando pela primeira vez no país foi citado em um documento oficial, as necessidades odontológicas para PNE. No relatório final, a descrição está no 6.2.8 – Saúde das Pessoas portadoras de Deficiência, ítem, no.

346 do relatório final: “As Secretarias Municipais de Saúde tem o dever de garantir, através do SUS, o tratamento odontológico ambulatorial aos portadores de deficiência mental, com fiscalização para coibir o uso de excessivo e indiscriminado de anestesia geral. Nos municípios que não dispuserem desse atendimento, o mesmo deverá ser prestado pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde.” (39)

Entretanto, somente oito anos depois, no projeto “Brasil Sorridente” essa premissa foi finalmente consolidada, com a implantação dos CEOs, através de novas portarias. Após a criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), GM/MS nº793 de 24/04/2012, novas regras foram descritas para melhorar o atendimento na saúde oral e geral dos PNE. Já na portaria nº1.341 de 29/06/2012, para incentivar o aumento do número de atendimentos odontológicos desta população, foram vinculados incentivos financeiros adicionais para os CEOs já implantados. (40)

O sucesso dos CEOs é indiscutível com mais de 1000 unidades, porém ainda há muitos desafios. A assistência mais efetiva dos casos menos complexos nas UBS, visa diminuir a demanda por consultas especializadas. (41) Entretanto a preparação deficitária, falta de informações e acesso prático ao atendimento clínico de PNE insuficientes na graduação são descritos na literatura, sendo apenas um em cada quatro cirurgiões-dentistas com treinamento recebido na faculdade (42) Outro relato reforça, que entre os graduandos que passaram pela disciplina de PNE, os conhecimentos adquiridos não foram regulares à todas as escolas de odontologia, os programas não padronizados como em outras especialidades, e a garantia desses conhecimentos serem adquiridos na graduação considerada deficitária. (43)

Quanto ao acesso dos PNE aos tratamentos odontológicos especializados oferecidos pelos CEOs, será permitido somente nas seguintes situações: “pacientes que não permitam o atendimento clínico ambulatorial convencional ou após duas tentativas frustradas de atendimento na USB; pacientes com movimentos involuntários, portadores de sofrimento ou deficiência mental, deficientes sensoriais e físicos, usuários com doenças sistêmicas crônicas associadas a distúrbios de comportamento, deficientes neurológicos graves, autistas, crianças de zero a dois anos com cárie aguda ou crônica, que não colaboram com o atendimento ou

qualquer outro desvio comportamental, que geram dificuldade de condicionamento. Enfim, após esses critérios de seleção, os indivíduos com acometimentos que são indicados para as especialistas da saúde pública do município, normalmente apresentam situação de saúde oral e geral complexas, que anteriormente ao Brasil sorridente, não poderiam ser resolvida, sobrecarregando o setor terciário com atendimento hospitalar. (10).

2.6 Importância das pesquisas associando PNE e saúde pública

A qualidade de vida tem sido priorizada pela comunidade científica, os sistemas e serviços de saúde estudados para a obtenção de dados científicos, a interação entre as instituições de ensino-pesquisa e os serviços públicos de saúde otimizada, porém o maior obstáculo relatado ainda é consolidar a cooperação técnica com os diversos setores. (44) Entretanto, essa tendência tem aumentado, com estudos quantitativos e qualitativos, devido utilidade e importância desses artigos como auxiliares nos planejamentos de gestões, desenvolvimento de novas estratégias de promoção de saúde, a partir da delimitação das atuais situações dos pacientes e atendimentos. (45)

O reconhecimento da importância desses estudos na saúde pública tem sido um fenômeno mundial, e inclusive um crescente interesse em relação às necessidades dos PNE tem sido motivo na melhora tanto na expectativa, como na qualidade de vida dessa população. Para exemplificar essa associação, em um estudo científico chinês, onde ficou relatado que apenas 17,53% dos PNE em Taiwan procuravam o atendimento odontológico público. A partir destes dados científicos, uma nova estratégia de saúde foi planejada, com nova adequação de ambientes de assistência médica e dentária para grupos de alto riscos. Assim, a saúde oral foi restaurada e a qualidade de vida otimizada (46)

A OMS, entre outras, tem a função de promover levantamentos epidemiológicos, e estimular os estudos sobre otimização da saúde da população, e com isso suas publicações tem sido referência mundial. Quanto aos PNE, a estimativa foi relatada como 10% da população de qualquer país em tempo de paz

sendo considerada portadora de algum tipo de deficiência, categorizados em portadores de deficiência mental (5%); deficiência física (2%); deficiência auditiva (1,5%); deficiência visual (0,5%) e deficiência múltipla (1%). Em termos internacionais, úteis para comparações, o último estudo sobre carga de doença bucal no mundo foi realizado pela OMS em 2004.

Já no Brasil, o último levantamento populacional oficial foi efetuado pelo IBGE em 2010. Nesse censo ficou demonstrado que 23,9% da população geral, entre os 45.606.048 de brasileiros, apresentavam algum tipo de deficiência incluindo a visual, auditiva, motora mental ou intelectual. (47) Entretanto, quando foram selecionadas somente as deficiências severas, foi encontrada a estimativa de 8,3% da população brasileira acometida com pelo menos um tipo de deficiência, sendo: 1,6% de cegueira total, 7,6% de surdez, e 1,62% totalmente sem possibilidade locomoção. (48) O primeiro inquérito nacional, realizado em 16 capitais em 1986, mostrou um CPOD aos 12 anos de 6,7, ou seja, aproximadamente sete dentes afetados pela doença, sendo a maioria destes ainda sem tratamento. Em 2003, foi realizado o primeiro inquérito de saúde bucal, que incluiu, além de todas as 27 capitais, os municípios do interior das cinco regiões, pesquisa que ficou conhecida como “Projeto SB Brasil 2003”. Já a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010, conhecida como Projeto SB Brasil 2010, analisou a situação da população brasileira com relação à cárie dentária, às doenças da gengiva, às necessidades de próteses dentais, às condições da oclusão, à fluorose, ao traumatismo dentário e à ocorrência de dor de dente, entre outros aspectos, com o objetivo de proporcionar, ao Ministério da Saúde e às instituições do SUS, informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento no setor, tanto em nível nacional quanto no âmbito municipal. O Projeto SB Brasil 2010 integra as ações de vigilância em saúde.(49)

O Projeto SB Brasil 2010 integra as ações de vigilância em saúde desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e se constitui em peça-chave da “Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente”, na medida em que seus resultados servem para avaliar o impacto do programa, identificar problemas e reorientar as estratégias de prevenção e assistência, especialmente as relacionadas com a implementação da Estratégia Saúde da Família (direcionada para a atenção básica) e dos CEOs, elemento estruturante da atenção secundária em saúde bucal.

Quanto às necessidades odontológicas da população em geral, no último levantamento oficial brasileiro, o SB2010, publicado no ano de 2010, padrões internacionais foram obedecidos, e sendo os resultados tabulados considerados referências atuais. (49) O objetivo desse enorme levantamento de dados odontológicos foi: fazer o diagnóstico das condições de saúde bucal da população brasileira em 2010; traçar comparativo com a pesquisa SB Brasil 2003; avaliar o impacto do Programa Brasil Sorridente; e planejar ações de saúde bucal para os próximos anos. (49) Quanto à metodologia, foram visitados domicílios e coletados dados em 177 municípios, sendo 26 capitais e o Distrito Federal; sendo 30 municípios de cada região do país. Nesta pesquisa foram efetuadas entrevistas e exames bucais em 38 mil brasileiros. Foram tabuladas diversas variáveis, entretanto vale salientar que quanto à idade, conforme os padrões internacionais de análise estes brasileiros foram divididos somente em 5 grupos etários: crianças de 5 anos; crianças aos 12 anos; adolescentes de 15 a 19 anos; adultos de 35 a 44 anos e idosos de 65 a 74 anos. (49)

Muitos estudos quantitativos sobre a odontologia brasileira foram desenvolvidos, e seus resultados comparados ao SB2010. (49) Entretanto, uma área que foi evidenciada devido número de publicações foi a odontologia para PNE, aumentadas as pesquisas observacionais sobre essa população nos últimos 10 anos, principalmente na região Sudeste. (4) Obviamente que, as necessidades odontológicas dos PNE são melhores entendidas quando se conhece o perfil da população assistida, facilitando plano de tratamento odontológico e multidisciplinar. (42)

Nos centros odontológicos para PNE, onde os diagnósticos dos indivíduos são diversificados, dados científicos observacionais podem ser gerados, possibilitando a melhor definição de características, e necessidades. (50) Na literatura, estudos sobre o atendimento primário de saúde brasileiro podem ser encontrados com facilidade, principalmente a descrição de modelos assistenciais municipais em saúde bucal, ou avaliação da qualidade dos serviços sob ótica do usuário. (51) Entretanto, a escassez de levantamentos de dados sobre a atenção secundária, incluindo os CEOs é preocupante, uma vez que dados científicos sobre esses centros, poderiam ser utilizados como instrumentos de gestão e planejamento para os municípios. (10) O desenvolvimento científico de instrumentos para

avaliação destes serviços, com monitoramento das ações e tratamentos propostos, tem sido relatados como importante para o conhecimento das necessidades odontológicas das populações atendidas. (36,37,41).

2.7 Necessidades Odontológicas dos PNE

As periodontites foram estudadas e consideradas uma das doenças mais frequentes em humanos, moduladas por fatores genéticos e adquiridos. (52) Neste caso, tanto a saúde oral, geral, comportamento e convivência social estão associados e prejudicados.(53) Os sangramentos gengivais podem destruir ligamentos periodontais e osso alveolar. Entretanto, podemos considerar esse agravo como uma reação do próprio sistema imunológico do indivíduo, defendendo-se da disbiose oral. (54) Nos pacientes com necessidades especiais(PNE), os acometimentos periodontais são exacerbados devido à higienização deficitária, medicações e disfunções. A demanda da odontologia especializada está maior, devido ao aumento da expectativa de vida dos PNE, otimizado pelos avanços médicos. Sendo assim, é imprescindível que tanto profissionais sejam preparados, como a produção científica direcionada à essa realidade global.(53)

Os indivíduos com necessidades especiais correm maior risco de doença dentária, incluindo doenças periodontais, e têm maior prevalência e incidência de doenças periodontais do que o resto da população. Condições genéticas ou médicas, e / ou o uso de medicação prescrita ou substâncias recreativas, podem aumentar ainda mais o risco de susceptibilidade à doença periodontal. O sucesso da prevenção ou controle de doenças periodontais entre este grupo de pacientes não foi estabelecido. Mesmo aqueles indivíduos tratados regularmente, desenvolver doenças periodontais à medida que envelhecem, e esse desenvolvimento ocorre a uma taxa comparável à história natural da doença. As razões por trás da falta de sucesso das intervenções na redução da incidência de doenças periodontais são complexas e parte da falta de sucesso pode se relacionar com os desafios profissionais no tratamento de indivíduos com necessidades especiais. (55)

Tanto as doenças dentárias, como as periodontais estão associadas à diabetes e doenças cardiovasculares (56), assim como à outras doenças sistêmicas (57). Além disso, o comprometimento cognitivo e a acumulação de placas amilóides mostraram-se mais prevalentes em pessoas com dificuldades de mastigação (42). O impacto da saúde bucal na saúde geral é provavelmente ainda mais grave em idosos institucionalizados; Este grupo é conhecido por ter níveis mais elevados de espécies de *Candida* e *Staphylococci* no seu ambiente oral, levando a um alto risco de infecções oportunistas (58)

A doença periodontal está correlacionada com doença cardiovascular em estudos observacionais, porém uma conexão causal não foi estabelecida. Até hoje, não foi realizado um ensaio controlado para avaliar o efeito do tratamento periodontal em DCV. Porém, as implicações na saúde pública podem ser importantes, mesmo que se encontre um efeito benéfico pequeno do tratamento periodontal sobre o risco de DCV. (56) Também estão associadas a um maior risco de Hipertensão Arterial, especialmente para periodontite severa. No entanto, não podem ser feitas conclusões sobre o envolvimento causador das doenças periodontais, principalmente devido ao número reduzido de estudos prospectivos disponíveis e às questões remanescentes sobre os mecanismos biológicos subjacentes. (59)

É importante assegurar a saúde bucal e cuidados dentários adequados para idosos, especialmente com doenças, limitações e apresentando dentes remanescentes.(58) E finalmente, a conscientização das classes médicas sobre a importância da equipe multidisciplinar, na divulgação de conhecimentos, atitude e verificação das condições bucais dos PNE. O aconselhamento aos pacientes e cuidadores, sobre a associação existente entre saúde oral e geral, deveria ser adotada através da organização de programas de conscientização sobre prevenção de saúde periodontal, estruturação de serviços odontológicos especializados, e planejamento de acompanhamentos odontológicos rotineiros. (60)

A necessidade de restaurações dentárias, é uma das mais frequentes entre os humanos, e apesar de ser em grande parte evitável, a cárie em dentes permanentes tem sido a doença humana crônica mais comum do mundo, considerada um grave problema de saúde pública. Na população infantil em geral, os dentes decíduos estão afetados em cerca de 621 milhões de crianças, e está

relatado que até mesmo em países desenvolvidos, como o Reino Unido, cerca de um terço das crianças com cinco anos de idade estavam com cárie acometendo a dentição decídua (12). Esta doença multifatorial, está associada à disbiose dos microrganismos orais,(61) assim como à pré-disposição genética, higienização deficitária, e alta ingestão de sucrose. (62)

Esta situação está agravada nos PNE, isto é indivíduos portadores de limitações ou alterações na saúde geral, pois além dos fatores já descritos, são relatadas a ingestão de medicações, dietas específicas, limitações funcionais e fisiológicas. (63,64) Outro fator a ser considerado é que com o aumento da expectativa de vida, a demanda de tratamento odontológicos especializados em PNE tem aumentado, portanto é imprescindível que os cirurgiões-dentistas sejam preparados para essa nova realidade mundial (53) Este tipo de atendimento é altamente exigente pois além da técnica adequada, requer muita paciência, habilidade e carinho (37). Somente em 2001 o CFO reconheceu a especialidade e os objetivos foram descritos sendo: diagnóstico, prevenção, tratamento e controle dos problemas de saúde bucal das pessoas que apresentam uma complexidade no seu sistema biológico e/ou psicológico e/ou social, bem como a percepção da necessidade de atuação dentro de uma estrutura multidisciplinar de saúde e de áreas correlatas com o paciente.(35)

Quanto à saúde pública brasileira, após a demanda de PNE ser oficialmente descrita pelo PSF, em 2004 foi iniciada a implantação CEOs, projeto federal que propiciou a referência municipal do atendimento odontológico especializado para estes indivíduos. (37) Apesar das mais de 1000 unidades estarem em funcionamento, a demanda ainda é maior que o número de atendimentos possíveis, e com isso a necessidade urgente da divulgação de conhecimentos para os clínicos das UBSs, para que os casos menos complexos sejam atendidos nas próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS).(25)

As necessidades odontológicas dos PNE são variadas e o planejamento odontológico mais difícil, pois esse grupo de indivíduos apresenta faixa etária ampla, com doenças diversas que podem alterar a cavidade oral. Situações clínicas criam controvérsias, pois de acordo com a patologia, cada paciente será tratado de forma diferente dependendo da colaboração, estado geral de saúde e medicação utilizada.

(2) As dores e infecções bucais tem o potencial de agravar a condição sistêmica, e mesmo assim, a saúde bucal do PNE ainda não é vista como prioridade. (38) Vários autores concordam que o tratamento odontológico precoce resulta em maior cooperação do paciente, e mudança de hábitos que podem perpetuar por toda a vida. Logo, o programa de promoção de saúde bucal, com interação dos PNE com o CD, família, e sociedade, mostra-se como o melhor caminho. (25,65,66)

Apesar dos avanços, os sistemas de saúde enfrentam novos desafios na resposta às necessidades, aplicação dos recursos e adaptação das infraestruturas para lidar com vidas mais longas mas vividas com incapacidade.(67) A cárie é uma doença dinâmica e multifatorial, que se desenvolve tanto nas coroas quanto nas raízes dos dentes, e pode surgir na primeira infância, de forma agressiva que afeta os dentes decíduos tanto de bebês, quanto na primeira infância. O equilíbrio entre fatores patológicos e protetores influencia a iniciação e a progressão da cárie. A interação entre os fatores de risco e de prevenção sustenta a classificação de indivíduos em categorias de risco de cárie, permitindo uma abordagem cada vez mais adaptada aos cuidados.

A prevenção é descrita como uma das formas importantes de controle da cárie, e este fato tem incentivado o estudo das variáveis que influenciam no seu aparecimento, para que cada vez mais as sequelas desta doença bucal sejam evitadas. Como muitas vezes as necessidades odontológicas não são supridas com os procedimentos restauradores e periodontais, os acometimentos bucais são agravados e as perdas dentárias inevitáveis. (68)

A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) tem sido prioridade na comunidade científica mundial, inclusive na odontologia onde as perdas dentárias, são associadas negativamente ao bem estar da população em geral.(1), sendo causada devido à higiene bucal deficitária, traumatismos, e estado de saúde debilitado, e consequentemente aspectos sociais, comportamentais, psicológicos, e funcionais são relatados como comprometidos.(63) Na população de PNE, o edentulismo torna-se mais impactante em todos os sentidos, e as peculiaridades no atendimento odontológico podem exigir experiência e conhecimentos específicos pelos cirurgiões-dentistas. (69) Entretanto, mesmo com técnicas e manejo adaptados, alguns sinais, como rigidez muscular, tremores, movimentos involuntários de língua e lábios, relatados em diversas doenças, podem inviabilizar o

tratamento por próteses removíveis, tanto as totais como as parciais.(70) O manejo difícil nas etapas de execução podem culminar com a falta de retenção, as dificuldades no ajuste, inflamação da mucosa oral e estética inadequadas nas próteses, com aceitação e uso prejudicados dependendo do PNE, e especialmente as fraturas dos grampos da armação, também podem agravar essa situação nas próteses removíveis parciais (44,71).

Um dos motivos de perdas dentárias em PNE podem ser as dificuldades no atendimento, onde a experiência e conhecimentos específicos pelos Cirurgiões-Dentistas são primordiais. (2) Por isso foi oficializada a especialidade Odontologia para PNE, que tem como objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal das pessoas que apresentam maior complexidade biológica e/ou psicológica e/ou social, bem como necessidade de atuação transdisciplinar com outros profissionais de saúde e de áreas correlatas.(35) Além disso, trata-se de pessoas que apresentam doenças diversas, e que pode exigir colaboração mais intensa dos familiares, na dependência do estado geral de saúde e da medicação utilizada pelo paciente, (37)

Quanto à população brasileira em geral, as exodontias foram relatadas preponderantes às restaurações nos tratamentos odontológicos do serviço público brasileiro até o levantamento SB2003. Já no último levantamento epidemiológico bucal (SB2010) dados apontaram que os procedimentos restauradores foram priorizados (49). Entretanto percentuais de procedimentos curativos foram demonstrados estar acima dos preventivos no programa Brasil Sorridente.(49)

A falta de priorização dos tratamentos odontológicos preventivos, tanto de forma individual, como coletiva tem sido associada às consequências graves como o gasto desnecessário de milhões de dólares pelo mundo todo, com tratamentos curativos de cáries que poderiam ter sido evitadas. (72) A recorrência desta doença tem sido apontada como principal motivo na substituição das restaurações dentárias com aumento desnecessário da demanda de tratamentos odontológicos.(73) Apesar da incidência desta doença ter diminuído nas últimas três décadas em crianças, a ingestão de sacarose é apresentada como a maior causa da destruição dentária, e divulgar essa informação às famílias pode ser uma saída mais simples e rápida do que para diminuir a demanda dos tratamentos odontológicos curativos.

Além da falta de campanhas e da divulgação de informações, a saúde bucal deficitária devido à dieta inadequada também pode estar associada à doenças sistêmicas, sendo evidente assim que os PNE tem sido mais afetados pelas cáries. (72) Apesar de ser considerado assunto controversos, o uso clínico de selantes de fissuras como tratamento preventivo tem sido sugerido em numerosos estudos clínicos infantis (74), assim como o aumento na mineralização das lesões da cárie, em dentes anteriormente selados (44) Já na adolescência, a necessidade de tratamento odontológico curativo tem sido associado à maiores níveis de ansiedade, principalmente no gênero feminino. (75) Portanto, os programas de promoção de saúde oral preventiva, voltados aos PNE, tem sido associados à redução de índices de placa bacteriana, cáries e doenças periodontais, portanto a intervenção precoce, educação e motivação dessa população e seus cuidadores, pode ser considerada a solução na manutenção da saúde oral e geral desses indivíduos. (76) Entretanto, apesar de todos esses relatos científicos, os procedimentos preventivos tem sido desprezados, inclusive com alguns CEOs nem mesmo chegando a apresentar algum registro de procedimentos preventivos efetuados. (37)

Outro aspecto importante da odontologia para PNE descrito é o âmbito de atendimento, que pode variar muito inclusive dependendo dos costumes de cada país. Vários fatores, e além da colaboração do paciente, o tipo de diagnóstico ou limitação, quantidade e tipos de procedimentos odontológicos, tem sido relatada grandes diferenças entre os países. (77) ,No Brasil, os atendimentos odontológicos em PNE tem acontecido principalmente no âmbito ambulatorial, mesmo em casos de deficiência mental ou distúrbios comportamentais, com os procedimentos sendo efetuados após condicionamento psicológico. A restrição física com uso de estabilizadores físicos ou uso de fármacos pode ser utilizado, somente após a ineficiência dos métodos psicológicos e com autorização formal dos responsáveis. Já os encaminhamentos à odontologia hospitalar, apesar de serem descritos variados motivos, a necessidade de múltiplos procedimentos, ou altos nível de ansiedade inviabilizando o condicionamento psicológico em ambulatório podem ser apontados como os mais comuns. No Reino Unido, as cáries tem sido a razão mais comum para uma criança ir à anestesia geral, apesar dos riscos de morbidade, e de relatadas mortes durante os tratamentos odontológicos hospitalares em vários países. (2)

A odontologia sob anestesia geral também traz um custo considerável aos serviços públicos, e mesmo assim o número de encaminhamentos tem sido crescente, e relatadas a relutância ou falta de confiança de profissionais dentários para tratar crianças (78) Quanto maior a deficiência mental, maior a possibilidade do atendimento odontológico hospitalar sob anestesia geral. Em casos muito graves, até o exame clínico inicial e o planejamento podem estar impossibilitados (2) É primordial a competência do CD, para que o paciente difícil, seja considerado simplesmente diferente, e o atendimento prossiga no âmbito ambulatorial.

Em estudo científico ficou demonstrado que 48% de PNE indicados à anestesia geral, foram mantidos em atendimento ambulatorial após condicionamento psicológico adequado. (79) A dificuldade no manejo e condicionamento, boa vontade e paciência, além do conhecimento técnico e científico do CD, são necessários para que uma indicação ao atendimento odontológico hospitalar, sem tentativa de condicionamento, não seja uma atitude cômoda que visa interesses puramente profissionais (25). ,

O atendimento domiciliar é o mais raro, e difícil de ser executado. Tanto pelo transporte de equipamento, dificuldade em manter normas de biossegurança, quanto à exigência de preparo e experiência do CD no atendimento ao PNE. Este âmbito acontece quando o paciente está realmente impossibilitado de ser transportado para o ambulatório. (6) Este tipo de atendimento possibilita a atenção em saúde bucal a uma parcela da população que não teria acesso à odontologia tradicional, devido às condições peculiares de acamados, ou dificuldades psicomotora. Permite, ainda a antecipação do diagnóstico de lesões orais, personalização e humanização do atendimento e o estreitamento do vínculo na relação profissional-usuário.(80) Entretanto, tem sido indicado atualmente para pacientes oncológicos, para evitar as complicações e limitações funcionais orais antes, durante e após o tratamento do câncer. (81)

No Brasil, o decreto no. 3.298, de 20 de dezembro de 1999, regulamenta a Lei no. 7.853, de 24 de outubro de 1989, e dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Na seção I da saúde, artigo 16, ítem V, está descrito que haverá a garantia do atendimento domiciliar ao portador de deficiência grave não

internado.(82) Entretanto, as visitas domiciliares da equipe de saúde bucal foram criadas somente depois que a ESF apontou essa necessidade com seus levantamentos epidemiológicos. É um atendimento que ainda necessita de protocolos para padronizar as condutas clínicas, estabelecer vínculos com os PNE assistidos, realizar o monitoramento da evolução da saúde bucal dessas pessoas acamadas e com alterações psicomotoras que impossibilitam o atendimento ambulatorial (38) Entretanto, em outros países europeus, os programas públicos de saúde bucal com visitas domiciliares incluindo os cirurgiões-dentistas, tem sido considerados responsáveis pela significativa otimização dos conhecimentos, principalmente em relação aos cuidados em relação à saúde bucal, e necessidades odontológicas de pacientes acamados. (83)

2.8 Diagnóstico principal associado às necessidade odontológicas

Os cirurgiões-dentistas devem estar preparados tanto para diagnosticar doenças, interagir com equipe multidisciplinar, quanto para acolher paciente, pais e cuidadores, esclarecendo todas as possibilidades de tratamento, e desenvolvimento, com objetivo de minimizar as emoções difíceis vivenciadas por esses indivíduos. (84) A literatura relata que a saúde oral e geral estão interligadas, uma vez que tanto os acometimentos bucais tem agravado algumas enfermidades, como alterações sistêmicas podem induzir o aparecimento de lesões bucais, (85) estes fatos vem a necessidade de preparação do Cirurgião-Dentista, para diagnosticar doenças sistêmicas e fornecer orientações básicas de prevenção das doenças sistêmicas, no intuito de melhorar a saúde oral (2,86)

Na classificação de PNE descrita para a Odontologia para PNE no Brasil, o primeiro grupo diagnóstico descrito é a deficiência mental ou intelectual. (24) Os deficientes mentais apresentam comprometimento intelectual de origem genética, ambiental ou desconhecida. (24), e quanto maior o comprometimento cognitivo mais prejudicado o auto-cuidado oral, assim cuidadores devem assumir essa responsabilidade, ser orientados sobre a importância da higiene oral, prevenção, e

frequência às consultas odontológicas, como único meio de evitar as perdas dentárias.(87)

O mesmo ocorre com os idosos, uma vez que diante do aumento da expectativa de vida dos pacientes, a odontologia tem sido solicitada por indivíduos com demência na doença de Alzheimer. Esta doença está associada à perda de memória, degeneração neuronal e perda cognitiva de caráter progressivo. Quanto mais o quadro geral torna-se exacerbado, maior a dependência quanto à saúde bucal, controle alimentar e está relatado o aumento da demanda de tratamentos odontológicos.(87) Nestes idosos, está relatado aumento de cáries, de doenças periodontais, lesões orais decorrentes de candidíase, e queilite, assim como a saliva também está alterada tanto em quantidade como na qualidade.(88)

Já os deficientes físicos, estão incluídos no segundo grupo de diagnóstico principal. (24)

Neste grupo estão incluídos as pessoas com sequelas motoras devido à Paralisia cerebral (PC), Acidente vascular cerebral (AVC), Lesão medular, Paralisia infantil, Deficiências motoras limitantes, Miastenia grave, Distrofia muscular, Artrite reumatoide juvenil, Raquitismo, Disostoses, Mielomeningocele, Síndrome da osteogênese imperfeita, Síndrome da artrogripose e outras malformações.(24)

A importância do Cirurgião-Dentista nas equipes multidisciplinares que atendem pacientes com PC está relatada, (89) uma vez que estão descritos alto índice de cáries, entretanto os fatores associados a este aumento são semelhantes aos da população geral, isto é ingestão de açúcar, higiene bucal deficitária. Essas descobertas ressaltam como é real e urgente a necessidade de implementar a prevenção odontológica eficaz aos portadores de PC .(90)

O terceiro grupo da classificação de PNE denominado Anomalias congênicas, e foi categorizado em 5 subgrupos descritos como malformações, deformidades, complexos malformativos, síndromes malformativas e as associações com ou sem comprometimento intelectual. (24) No Brasil, foram 9.463 de neonatos com malformações congênicas do sistema nervoso com atendidos no SUS, entre 2010 e 2014, com maior ocorrência notada na região sudeste, seguido do Nordeste, principalmente gênero feminino, e necessitadas de parto cesáreo. (91)

A mais comum das anomalias congênitas é a trissomia do 21, também chamada síndrome de Down. Nestes indivíduos, além das inúmeras alterações faciais e orais, os cirurgiões-dentistas devem estar atentos às diversas anomalias sistêmicas que podem interferir no manejo e intervenções odontológicas (92,93) Além desta anomalia, inúmeras são as doenças congênitas, e somente consideradas raras aquelas com a prevalência abaixo de 5 casos por 10.000 habitantes, tais como a hipogamaglobulinemia, síndrome de Rett, de Marfan, de Prader-Willi e de Cri du chat. Cada síndrome apresenta características orais específicas, devido às características genéticas, ou decorrentes de hábitos e limitações. (94) Cada síndrome apresenta alterações orais e a adaptação ao tratamentos odontológicos são específicos, sendo a síndrome de Rett associada à respiração bucal, palato ogival, ao bruxismo com desgaste e fratura dentária, necessitando de restaurações e exodontias complexas, muitas vezes até sob anestesia geral (2,94) Já na síndrome de Prader-Willi, as erosões dentárias devido à compulsão alimentar tem sido relatadas, assim como a necessidade de tratamento odontológico preventivo nesses indivíduos. (94,95)

Os distúrbios do comportamento estão descritos no quarto grupo da classificação utilizada pelos especialistas em PNE. Neste grupo estão incluídos todos os pacientes diagnosticados com transtornos do espectro autista (TEA).(24) Antigamente, estes mesmos indivíduos eram denominados como transtornos globais do desenvolvimento, ou autistas. (96) As principais características são déficit na comunicação e interação social; padrão de comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos (24).

Na odontologia, apesar da disbiose oral estar associada aos TEA.(97), a orientação aos pais para que o Cirurgião-Dentista seja inserido na equipe multidisciplinar, e a higiene oral mantida são fundamentais.(98) A literatura científica tem apontado os programas educativos e preventivos divulgando os fatores de risco das cáries como efetivos para o controle desta doença bucal em crianças com diagnósticos inseridos no espectro do transtorno autista. (99)

O quinto grupo da classificação para PNE, os distúrbios psiquiátricos, tem incluído cada vez mais indivíduos de todas as faixas etárias. O Cirurgião-Dentista deve levar em consideração que diagnósticos psiquiátricos são baseados na observação médica, descrições e categorização de sinais e sintomas, com

consequente definição de prognóstico e prescrição medicamentosa. Na odontologia, o diagnóstico psiquiátrico pode ajudar na previsão de comportamentos, otimização do manejo e condicionamento psicológico. Dentre as inúmeras doenças psiquiátricas, uma das mais clássicas é a esquizofrenia, onde delírios, alucinações, ou fala desorganizada, podem dificultar a execução dos procedimentos dentários.(96) Outros aspectos podem ser encontrados em diversas alterações psiquiátricas, como a falta de motivação e diminuição da interação social, auto-cuidado e higiene geral e bucal.. (100)

Apesar do tratamento odontológico apresentar dificuldades, é possível viabilizar as necessidades odontológicas deste grupo, inclusive com a reabilitação oral (69), e apesar dos pacientes com transtornos psiquiátricos são relatados com maior percentual de cáries, entretanto um estudo isolado, com indivíduos institucionalizados, porém bem acompanhados por atendimento odontológico preventivo, chegou a apresentar índices de cárie abaixo da população em geral. (101).

O sexto grupo da classificação denominado “distúrbios sensoriais e de comunicação”, estão incluídas as pessoas com deficiência visual, na fala, ou audição .(24) Assim como no sétimo grupo “Doenças sistêmicas crônicas” são relatadas as doenças como Diabetes mellitus, Cardiopatias congênitas e adquiridas, Doenças hematológicas, Transtornos convulsivos, Epilepsia, Insuficiência renal crônica, Doenças autoimunes, Doenças vesicobolhosas (pênfigo, penfigóide, líquen plano, epidermólise bolhosa. (24)

As doenças infectocontagiosas tem representado o oitavo grupo da classificação, onde estão inseridos todos os indivíduos HIV-positivos, sintomáticos e assintomáticos, portadores de hepatites, com tuberculose, sífilis e outras doenças transmissíveis. (24) No início dos anos 80, a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) foi descrita, e o sarcoma de Kaposi identificado como patognomônico. Naquela época os cirurgiões-dentistas eram procurados por homens jovens, e desde então esta neoplasia bucal tem sido mais relatada principalmente em pacientes HIV positivos. Os cirurgiões-dentistas devem estar preparados para o atendimento deste grupo, desde o diagnóstico clínico de lesões bucais, até acompanhamento da saúde oral e geral após a administração adequada da HAART. (102)

Finalmente, o último grupo denominado “condições sistêmicas”, onde foram agrupados os pacientes diagnosticados com imunossupressão devido á irradiação em região de cabeça e pescoço, à transplantes de órgãos ou utilização de medicamentos. (24) Nos pacientes com câncer, tem sido criados protocolos de atendimentos odontológicos, diante da alta incidência de complicações orais decorrentes, além de periodontites e cáries. As avaliações orais frequentes, com prevenção diante da xerostomia com a substituição por saliva artificial para a hidratação; a aplicação de terapia a laser de baixa intensidade, uso de nistatina, e aciclovir no combate à mucosite oral, candidíase e infecção pela herpes. Inclusive, o atendimento odontológico domiciliar diário pode ser indicado, antes, durante e depois destes tratamentos médicos. (81)

Além dos nove grupos descritos pela classificação de Haddad & Magalhães, muitos indivíduos, que apesar de inúmeras evidências, e consultas médicas especializadas, não tem sido efetivado seu diagnóstico. Neste caso, após avaliadas as limitações, características, sinais e sintomas, e assim adaptado o manejo, medicações e procedimentos pelo Cirurgião-Dentista. Vários termos podem ser utilizados na definição desses indivíduos, como “atraso no desenvolvimento neuropsicomotor”. (42,76) Porém, vale salientar que esse não é o diagnóstico e sim um dos sinais percebidos na consultas. Essas características clínicas podem ser adquiridas ou genéticas, porém a necessidade de abordagem odontológica focada nas alterações individuais é considerada primordial.(76)

3 PROPOSIÇÃO

O presente estudo teve como objetivo identificar as condições de saúde geral e necessidades de tratamento odontológico nos Pacientes com Necessidades Especiais atendidos em um Centro de Especialidades Odontológicas, e relacionar aos diferentes grupos de diagnósticos amparados em uma classificação de PNE.

4 MATERIAL E MÉTODOS

População de estudo

A amostra selecionada foi constituída de PNE, de todas as idades, atendidos no CEO-Poá no período entre janeiro de 2011 e dezembro de 2016, sendo analisados com a coleta de dados de seus prontuários físicos. O presente estudo foi observacional descritivo retrospectivo, com 514 prontuários avaliados, todos de indivíduos cadastrados pelo SUS e moradores do município de Poá, encaminhados para o CEO devido à complexidade do caso, pelos profissionais das UBSs, PSF, programa escolar, ou equipe multidisciplinar, após a comprovação da impossibilidade do atendimento odontológico no setor primário da rede pública (UBSs). (10)

Nesses prontuários, diagnóstico e medicações utilizadas estavam laudados, assim como o termo de esclarecimento assinado pelo próprio paciente, ou responsável que o acompanhou. Foram desprezados os prontuários com dados incompletos, apresentando diagnósticos diferentes do objetivo desse levantamento.

Esta população foi categorizada segundo a Classificação Haddad e Magalhães, porém modificada, uma vez que além dos nove grupos descritos pelas autoras, foi acrescido o dos indivíduos com diagnósticos indefinidos.

O estudo das variáveis que influenciam as necessidades de tratamentos odontológicos foi efetuado pela comparação entre as dez categorias de PNE; com outros relatos da literatura científica e dados do último levantamento oficial de saúde bucal do Brasil, denominado SB2010. Para melhor elucidação dos resultados e gráficos, as categorias serão descritas no quadro descritivo abaixo:

4.1 - Quadro descritivo dos 10 grupos estudados, categorizados segundo o tipo de diagnóstico principal

GRUPO	Nome	Descrição dos pacientes	Origem
Grupo 1	Deficiências mentais	comprometimento intelectual de origem genética, ambiental ou desconhecida. (24)	Sabbagh-Haddad e Magalhães
Grupo 2	Deficiências físicas	sequelas motoras devido à Paralisia cerebral (PC), Acidente vascular cerebral (AVC), Lesão medular, Paralisia infantil, Deficiências motoras limitantes, Miastenia grave, Distrofia muscular, Artrite reumatoide juvenil, Raquitismo, Disostoses, Mielomeningocele, Síndrome da osteogênese imperfeita, Síndrome da artrogripose e outras malformações.(24)	Sabbagh-Haddad e Magalhães
Grupo 3	Anomalias congênitas	5 subgrupos descritos como malformações, deformidades, complexos malformativos, síndromes malformativas e as associações com ou sem comprometimento intelectual. (24)	Sabbagh-Haddad e Magalhães
Grupo 4	Distúrbios de comportamento (TEA)	todos os pacientes diagnosticados com transtornos do espectro autista (TEA)	Sabbagh-Haddad e Magalhães
Grupo 5	Distúrbios Psiquiátricos	Esquizofrenia e psicose	Sabbagh-Haddad e Magalhães
Grupo 6	Distúrbios sensoriais	deficiência visual, na fala, ou audição	Sabbagh-Haddad e Magalhães
Grupo 7	Doenças sistêmicas	Doenças como Diabetes mellitus, Cardiopatias congênitas e adquiridas, Doenças hematológicas, Transtornos convulsivos, Epilepsia, Insuficiência renal crônica, Doenças autoimunes, Doenças vesicobolhosas (pênfigo, penfigóide, líquen plano, epidermólise bolhosa. (24)	Sabbagh-Haddad e Magalhães
Grupo 8	Doenças infecto	os indivíduos HIV-positivos, sintomáticos e assintomáticos, portadores de hepatites, com tuberculose, sífilis e outras doenças transmissíveis. (24)	Sabbagh-Haddad e Magalhães
Grupo 9	Condições sistêmicas	pacientes diagnosticados com imunossupressão devido á irradiação em região de cabeça e pescoço, à transplantes de órgãos ou utilização de medicamentos. (24)	Sabbagh-Haddad e Magalhães
Grupo 10	Diagnóstico indefinido	TODOS OS INDIVÍDUOS COM ACOMENTIMENTOS, QUE FORAM ATENDIDOS NO CEO-POÁ DURANTE O PERÍODO ESTUDADO, E NÃO FORAM ENQUADRADOS NAS 9 CATEGORIAS DESCRITAS. Apesar de inúmeras evidências, e consultas médicas especializadas, não tem sido efetivado seu diagnóstico	INSERIDO A PARTIR NESTE ESTUDO

Fonte: a autora

Perfil da instituição

O CEO do município da Estância Hidromineral de Poá é um centro de especialidades odontológicas, governamental, setor secundário de atendimento público, que está incluído no projeto federal Brasil Sorridente. Referência municipal com especialistas de várias áreas, desenvolve um trabalho de atendimento ambulatorial e domiciliar aos PNE munícipes, com a inclusão de todos os diagnósticos, idades, sendo responsabilizado pelos encaminhamentos à tratamentos odontológicos sob anestesia geral quando necessário. No período estudado, além da especialidade de PNE, o CEO-Poá era constituído de mais 14 especialistas nas áreas de periodontia, endodontia, cirurgia buco-maxilo-facial, e prótese, atendendo em cinco equipamentos odontológicos completos, em três períodos de funcionamento, sendo 12 horas diárias dos cinco dias da semana.

As duas cirurgiãs dentistas que atenderam os 514 indivíduos dessa amostra, foram selecionadas através de concurso público específico para a especialidade de odontologia para PNE, com exigência de títulos, entretanto apesar de não obrigatório, ambas são portadoras de título de mestrado na área, e larga experiência anterior em centros considerados referência de qualidade.

Aspectos éticos do estudo

Os dados de identificação pessoal dos indivíduos avaliados não foram compilados, para que o sigilo de suas informações médicas fosse preservado. Em cada prontuário, um termo de consentimento livre e esclarecido estava assinado pelo paciente ou responsável (Apêndice B), assim como a gerência da instituição do CEO-POÁ esclarecida e a aprovação este estudo assinada. (Anexo A).

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de São Paulo foi registrada sob o nº 2.201.784. (Anexo B)

Coleta de Dados

Os prontuários físicos dos PNE do CEO-Poá foram avaliados individualmente e os dados compilados para o formulário eletrônico, por uma única pesquisadora. Foram examinadas ficha clínica (Apêndice C), história médica (Apêndice D) e histórico dos atendimentos odontológicos efetuados, e os dados compilados para o formulário eletrônico, desenvolvido exclusivamente para este estudo. Na sua criação, diante da grande quantidade de informações, este formulário foi setorizado em única página, sendo visada a agilidade na coleta de dados. (Apêndice E) O software Epi-info versão 7.0 foi o selecionado, uma vez que além de possibilitar a compilação, tanto a tabulação dos dados, como a análise estatística pode ser otimizada.

Este estudo foi dividido em quatro etapas: primeira com a amostra total (514), posteriormente selecionados apenas os PNE submetidos à tratamento periodontal (304), seguidos dos que necessitaram de restaurações dentárias (290) e por último os 88 indivíduos encaminhados para o uso de próteses removíveis. Foram avaliados gênero, idade e o diagnóstico principal, segundo a classificação discutida na II ANEO, em 2001, e na reunião da ABOPE de 2002. (24) Também foram incluídas história médica, âmbito do atendimento, necessidade de condicionamento psicológico, finalização do tratamento odontológico, acometimentos sistêmicos e quantidade de medicações utilizadas usualmente por esses indivíduos.

Metodologia estatística

Os dados compilados para o formulário eletrônico do programa Epi Info versão 7.0, apurados e transferidos para o excel. Os resultados foram expostos em tabelas e gráficos, após seleção dos percentuais e frequências das variáveis estudadas. As variáveis quantitativas foram apresentadas pelos valores das médias, mediana, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo. Para as variáveis qualitativas foram calculadas as frequências e porcentagens. Associação entre variáveis qualitativas foi avaliada pelo teste Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher. O nível de significância adotado para os testes de hipóteses foi de 5%. As análises foram realizadas no software estatístico *SPSS v.18 for Windows*.

5 RESULTADOS

A amostra total de 497 PNE, foi obtida após análise de 514 formulários eletrônicos, onde 17 foram excluídos diante da ausência de algum dado.

Tabela 5.1 - Características dos participantes do estudo

Característica		n = 497 n (%)
<i>Ano do primeiro atendimento</i>	2011	135 (27,1)
	2012	73 (14,7)
	2013	90 (18,1)
	2014	80 (16,1)
	2015	79 (15,9)
	2016	40 (8,0)
<i>Idade (anos)</i>	Média (DP)	37,9 (21,7)
	Mediana(vmín-máx)	38 (2-92)
<i>Gênero¹</i>	Feminino	243 (49,3)
	Masculino	250 (50,7)
<i>Nº de tipos de procedimentos odontológicos</i>	1	48 (9,7)
	2	88 (17,7)
	3	105 (21,1)
	4	91 (18,3)
	5	70 (14,1)
	6 ou mais	95 (19,1)
<i>Âmbito de atendimento odontológico²</i>	Ambulatorial	463 (94,3)
	Domiciliar	1 (0,2)
	Hospitalar	27 (5,5)

DP: desvio padrão; vmín: valor mínimo; vmáx: valor máximo. ¹ Quatro casos sem informação. ² Seis casos sem informação.

Fonte: a autora

Segundo a tabela 5.1, os pacientes estudados foram analisados e a idade média encontrada foi de 37,9 anos, sendo 50,75% do gênero masculino, puderam ser atendidos principalmente em âmbito ambulatorial (94,3%), e com tratamentos odontológicos planejados englobando principalmente três tipos de procedimentos diferentes.

Além das características principais, nesta tabela também foi analisada se em algum ano o período estudado, houve um maior percentual de novos tratamentos odontológicos especializados, e este aumento da demanda foi observada no ano de 2011 (135 casos, 27,1%).

Tabela 5.2 - História médica e odontológica pregressa e número de procedimentos odontológicos

Característica		n = 497 n (%)
<i>Está em tratamento médico?</i>	Não	53 (10,7)
	Sim	444 (89,3)
<i>Alergia medicamentosa</i>	Não	417 (83,9)
	Sim	80 (16,1)
<i>Discrasia sanguínea</i>	Não	471 (94,8)
	Sim	26 (5,2)
<i>Hipertensão arterial</i>	Não	314 (63,2)
	Sim	183 (36,8)
<i>Alteração cardiovascular</i>	Não	383 (77,1)
	Sim	114 (22,9)
<i>Distúrbio gástrico</i>	Não	384 (77,3)
	Sim	113 (22,7)
<i>Alterações hepáticas</i>	Não	482 (97,0)
	Sim	15 (3,0)
<i>Doença respiratória</i>	Não	328 (66,0)
	Sim	169 (34,0)
<i>Alterações renais</i>	Não	458 (92,2)
	Sim	39 (7,8)
<i>Diabetes mellitus</i>	Não	408 (82,1)
	Sim	89 (17,9)
<i>Alterações endócrinas</i>	Não	451 (90,7)
	Sim	46 (9,3)
<i>Convulsões</i>	Não	380 (76,5)
	Sim	117 (23,5)
<i>Consumo de tabaco</i>	Não	453 (91,1)
	Sim	44 (8,9)
<i>Consumo de álcool</i>	Não	421 (84,7)
	Sim	76 (15,3)
<i>Nº de medicamentos utilizados¹</i>	Nenhum	122 (25,2)
	1	86 (17,7)
	2	67 (13,8)
	3	77 (15,9)
	4	34 (7,0)
	5	38 (7,8)
	Mais de 5	61 (12,6)

¹ Doze casos sem informação.

Na tabela 5.2, estes indivíduos foram distribuídos segundo sua história médica pregressa, e apesar do tratamento médico atual estar declarado (89,3%), foi observada a ausência de medicação em aproximadamente um quarto das pessoas (25,2%), embora a maioria (74,8%) estivesse medicada com pelo menos um fármaco. Quando analisada a quantidade das medicações utilizadas, independentemente do tipo de droga, o maior percentual foi encontrado nos indivíduos usuários de uma única medicação (17,7%), enquanto na minoria dos casos, quatro fármacos tinham sido prescritos (7%).

Durante as anamneses, outros acometimentos sistêmicos além do diagnóstico principal foram declarados sendo principalmente a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (36,8%), as doenças respiratórias (34%), as crises convulsivas (23,5%), os distúrbios cardiovasculares (22,9%) e os gástricos (22,7%). Outras alterações sistêmicas de interesse odontológico também foram declaradas pela minoria dos cuidadores ou pacientes pesquisados, como as alterações hepáticas (3%), as discrasias sanguíneas (5,2%), e os acometimentos renais (7,8%), os problemas endócrinos (9,3%) e alergias medicamentosas (16,1%).

Além dos dados já tabulados, esta população também foi distribuída segundo o diagnóstico principal, conforme a Classificação de PNE (23). As doenças sistêmicas (32,59%), deficiências físicas (16,70%), e mentais (11,87%) foram as principais condições encontradas nestes pacientes, seguidas do grupo com diagnóstico indefinido (9,25%), distúrbios psiquiátricos (8,4%), e anomalias congênitas (6,8%). Por outro lado, deficientes sensoriais (2,4%), TEA (Transtornos do espectro autista, 2,8%), doenças infectocontagiosas (3,4%) e condições sistêmicas (5,6%) foram as pessoas menos encaminhadas às especialistas em PNE do CEO-Poá. Os hábitos já descritos como perniciosos à saúde bucal, como consumo de tabaco (8,9%) e álcool (15,3%) também foram verificados neste estudo.

Na tentativa de encontrar novas informações, a quantidade de tipos de procedimentos odontológicos foram associadas à diversos aspectos das características destes indivíduos incluídos os grupos de diagnóstico principal, e história pregressa. Após análise estatística, esses dados tabulados, foram desconsiderados e estão descritos no apêndice F.

Tabela 5.3 - Distribuição dos procedimentos odontológicos segundo faixa etária dos pacientes estudados

Faixa etária (anos)	n	Procedimento odontológico										
		Condicionamento psicológico	Radiografia panorâmica	Radiografia periapical	Aplicação tópica de flúor	Selantes	Periodontia	Dentística	Exodontia	Cirurgia bucomaxilo	Endodontia	Prótese
		n=143	n=285	n=221	n=73	n=5	n=302	n=288	n=296	n=65	n=109	n=88
0-4	13	10 (76,9%)	2 (15,4%)	1 (7,7%)	5 (38,5%)	0	7 (53,8%)	6 (46,2%)	6 (46,2%)	0	3 (23,1%)	0
5-9	48	35 (72,9%)	17 (35,4%)	17 (35,4%)	15 (31,2%)	4 (8,3%)	18 (37,5%)	29 (60,4%)	22 (45,8%)	0	6 (12,5%)	0
10-14	42	18 (42,9%)	19 (45,2%)	14 (33,3%)	7 (16,7%)	0	20 (47,6%)	23 (54,8%)	24 (57,1%)	2 (4,8%)	6 (14,3%)	0
15-19	36	15 (41,7%)	20 (55,6%)	17 (47,2%)	9 (25,0%)	0	26 (72,2%)	22 (61,1%)	14 (38,9%)	4 (11,1%)	7 (19,4%)	0
20-24	23	8 (34,8%)	15 (65,2%)	11 (47,8%)	4 (17,4%)	1 (4,3%)	20 (87,0%)	15 (65,2%)	10 (43,5%)	2 (8,7%)	6 (26,1%)	2 (8,7%)
25-29	27	8 (29,6%)	16 (59,3%)	15 (55,6%)	4 (14,8%)	0	17 (63,0%)	18 (66,7%)	14 (51,9%)	4 (14,8%)	9 (33,3%)	0
30-34	32	8 (25,0%)	21 (65,6%)	21 (65,6%)	6 (18,8%)	0	22 (68,8%)	20 (62,5%)	22 (68,8%)	7 (21,9%)	8 (25,0%)	3 (9,4%)
35-39	37	10 (27,0%)	20 (54,1%)	19 (51,4%)	3 (8,1%)	0	27 (73,0%)	18 (48,6%)	24 (64,9%)	3 (8,1%)	10 (27,0%)	5 (13,5%)
40-44	28	6 (21,4%)	16 (57,1%)	12 (42,9%)	3 (10,7%)	0	17 (60,7%)	17 (60,7%)	16 (57,1%)	5 (17,9%)	12 (42,9%)	7 (25,0%)
45-49	33	5 (15,2%)	18 (54,5%)	17 (51,5%)	3 (9,1%)	0	18 (54,5%)	24 (72,7%)	20 (60,6%)	6 (18,2%)	12 (36,4%)	7 (21,2%)
50-54	30	5 (16,7%)	22 (73,3%)	13 (43,3%)	4 (13,3%)	0	23 (76,7%)	21 (70,0%)	17 (56,7%)	6 (20,0%)	7 (23,3%)	8 (26,7%)
55-59	43	4 (9,3%)	34 (79,1%)	28 (65,1%)	6 (14,0%)	0	31 (72,1%)	26 (60,5%)	37 (86,0%)	6 (14,0%)	10 (23,3%)	14 (32,6%)
60-64	44	5 (11,4%)	26 (59,1%)	14 (31,8%)	1 (2,3%)	0	30 (68,2%)	25 (56,8%)	29 (65,9%)	5 (11,4%)	8 (18,2%)	17 (38,6%)
65-69	32	3 (9,4%)	20 (62,5%)	12 (37,5%)	1 (3,1%)	0	13 (40,6%)	15 (46,9%)	21 (65,6%)	6 (18,8%)	4 (12,5%)	13 (40,6%)
70-74	17	2 (11,8%)	9 (52,9%)	4 (23,5)	0	0	8 (47,1%)	8 (47,1%)	11 (64,7%)	6 (35,3%)	1 (5,9%)	9 (52,9%)
75-79	10	1 (10,0%)	9 (90,0%)	5 (50,0%)	2 (20%)	0	4 (40,0%)	1 (10,0%)	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0	3 (30,0%)
80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
85-89	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90-94	2	0	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0	0	1 (50,0%)	0	2 (100%)	0	0	0
p		<0,001	0,001	0,006	0,004	0,008	<0,001	0,096	0,011	0,023	0,050	<0,001

Fonte: a autora

Tabela 5.4 - Distribuição dos procedimentos odontológicos segundo diagnóstico dos pacientes estudados

Diagnóstico Principal	n	Procedimento odontológico										
		Condicionamento psicológico	Radiografia panorâmica	Radiografia periapical	Aplicação tópica de fluor	Selantes	Periodontia	Dentística	Exodontia	Cirurgia bucomaxilo	Endodontia	Prótese
		n=143	n=285	n=221	n=73	n=5	n=302	n=288	n=296	n=65	n=109	n=88
Deficiências mentais	59	26 (44,1%)	29 (49,2%)	30 (50,8%)	10 (16,9%)	1 (1,7%)	33 (55,9%)	38 (64,4%)	33 (55,9%)	5 (8,5%)	13 (22,0%)	4 (6,8%)
Deficiências físicas	83	20 (24,1%)	45 (54,2%)	34 (41,0%)	14 (16,9%)	0	50 (60,2%)	43 (51,8%)	43 (51,8%)	13 (15,7%)	15 (18,1%)	16 (19,3%)
Anomalias congênitas	34	20 (58,8%)	20 (58,8%)	12 (35,3%)	9 (26,5%)	0	23 (67,6%)	19 (55,9%)	21 (61,8%)	3 (8,8%)	6 (17,6%)	0
T E A	14	12 (85,7%)	4 (28,6%)	5 (35,7%)	4 (28,6%)	1 (7,1%)	8 (57,1%)	5 (35,7%)	8 (57,1%)	0	3 (21,4%)	1 (7,1%)
Distúrbios Psiquiátricos	42	14 (33,3%)	24 (57,1%)	21 (50,0%)	3 (7,1%)	0	28 (66,7%)	25 (59,5%)	32 (76,2%)	6 (14,3%)	12 (28,6%)	10 (23,8%)
Distúrbios sensoriais	12	2 (16,7%)	8 (66,7%)	5 (41,7%)	1 (8,3%)	0	6 (50,0%)	6 (50,0%)	8 (66,7%)	2 (16,7%)	3 (25,0%)	3 (25,0%)
Doenças sistêmicas	162	20 (12,3%)	97 (59,9%)	72 (44,4%)	18 (11,1%)	2 (1,2%)	103 (63,6%)	91 (56,2%)	101 (62,3%)	22 (13,6%)	35(21,6%)	42 (25,9%)
Doenças infecto	17	2 (11,8%)	11 (64,7%)	8 (47,1%)	2 (11,8%)	0	9 (52,9%)	7 (41,2%)	10 (58,8%)	7 (41,2%)	3 (17,6%)	3 (17,6%)
Condições sistêmicas	28	5 (17,9%)	22 (78,6%)	12 (42,9%)	4 (14,3%)	0	21 (75,0%)	21 (75,0%)	16 (57,1%)	4 (14,3%)	5 (17,9%)	8 (28,6%)
Diagnóstico indefinido	46	22 (47,8%)	25 (54,3%)	22 (47,8%)	8 (17,4%)	1 (2,2%)	21 (45,7%)	33 (71,7%)	24 (52,2%)	3 (6,5%)	14 (30,4%)	1 (2,2%)
P		<0,001	0,151	0,923	0,289	0,486	0,327	0,101	0,418	0,035	0,864	<0,001

Fonte : a autora

O tratamento periodontal foi identificado como a maior necessidade odontológica entre os pacientes atendidos (60,70%), principalmente entre os 20 e 24 anos, pois dos 23 jovens desta faixa etária, 87% foram acometidos por periodontites, seguido dos adultos entre 50 e 54 anos (76,7%). A faixa etária com menor percentual de doenças periodontais foi encontrada entre crianças de 5 e 9 anos (37,5%), seguido dos idosos entre 75 e 79 anos (40 %). Excluindo a necessidade de Dentística, todos os outros procedimentos odontológicos apresentaram associação estatística significativa com a faixa etária (Tabela 5.3).

Quando comparados estes dados com os do último estudo oficial de saúde bucal nacional, o levantamento SB2010, os pacientes entre 35 e 44 anos (60,7% e 73%) e os idosos entre 65 e 74 anos (40,6 e 47,1%) tiveram percentuais de tratamento periodontal maiores que a população em geral, onde foi relatado 49,9% e 7,7% respectivamente para essas faixas etárias (70).

A exodontia foi indicada para 296 pacientes (59,55%), sendo assim a segunda maior necessidade odontológica deste estudo (Tabela 5.3). O maior percentual foi encontrado entre os indivíduos de 55 a 59 anos (86%), seguido dos idosos de 75 a 79 anos (70%), enquanto nos jovens de 15 a 19 anos foi constatada a menor necessidade de extrações dentárias (38,9%). Com a análise dos dados, foi demonstrada uma tendência de maior necessidade de exodontias no grupo de PNEs estudados, com o aumento da idade (Tabela 5.3).

Quanto às restaurações dentárias, os maiores percentuais de indivíduos foram observados nas duas faixas etárias entre 45 a 49, e 50 a 54 anos, com 72,7% e 70% respectivamente. No entanto, associação entre idade e necessidade de restauração não foi encontrada (Tabela 5.3). Os procedimentos restauradores foram

a terceira maior necessidade odontológica (57,95%). Como as exodontias foram preponderantes às restaurações dentárias, fica evidenciado que nesta população foi verificado maior percentual de perdas dentárias, com exceção dos pacientes com diagnóstico indefinido ou condições sistêmicas.

O tratamento iniciado com condicionamento psicológico (28,77%) foi associado às faixas etárias, diminuindo a necessidade entre as menores idades (Tabela 5.3). A associação entre esta necessidade e o tipo de diagnóstico foi igualmente encontrada, e os maiores percentuais foram encontrados principalmente

entre os TEA (85,7%), seguido das anomalias congênitas (58,8%). Nos deficientes físicos, o percentual de indivíduos com necessidade de exodontia e restaurações foi idêntico (Tabela 5.4). Quanto à comparação à população em geral (13,90%)(70), é evidente o maior percentual encontrado nos PNE estudados (57,95%) .

O tratamento precedido por condicionamento psicológico (28,77%) foi associado às faixas etárias, sendo necessário principalmente entre as crianças de 0 a 9 anos (Tabela 5.3). A associação entre esta necessidade e o tipo de diagnóstico foi igualmente observada, e os maiores percentuais foram encontrados principalmente entre os TEA (85,7%), seguido das anomalias congênitas (58,8%).

A indicação de próteses removíveis, foi a única necessidade odontológica nos pacientes estudados menor que na população em geral(70), estes dados estão associados com a faixa etária e diagnóstico principal, sendo observada principalmente no grupo das condições sistêmicas dos quais 28,6% foram encaminhados à reabilitação, seguido dos doentes sistêmicos (25,9%) e deficientes sensoriais (25%). Estes resultados sugerem que o tipo de diagnóstico pode ter atuado como fator limitador, uma vez que nas anomalias congênitas nenhum caso foi registrado, e muito poucos entre os TEA (2,2%) (Tabela 5.4).

Na tabela 5.4, foi demonstrado que o maior percentual de indivíduos necessitando de exodontias foi detectado no grupo dos distúrbios psiquiátricos (76,2%), Adicionalmente, o maior percentual de tratamentos periodontais foi identificado entre os indivíduos do grupo das “condições sistêmicas” (75%), seguido das anomalias congênitas (67,6%) e dos psiquiátricos (66,7%). O grupo que apresentou menor percentual de indivíduos com periodontites foi o de diagnóstico indefinido (45,7%) e dos distúrbios sensoriais (50%), e não encontrada associação nesse fator.

Quanto à análise estatística, na tabela 5.3 foi avaliada associação entre cada um dos procedimentos odontológicos (de forma independente) e a faixa etária. O paciente poderia ter realizado mais de um procedimento odontológico, então se optou por analisar os procedimentos separadamente e distribuí-los segundo a faixa etária. Os resultados devem ser principalmente considerados como descritivos. O número de casos para alguns procedimentos foi pequeno o que compromete a conclusão de existência de associação entre as variáveis, não se observaram casos em muitas das categorias da faixa etária estabelecida. A ideia de apresentar dessa forma corresponde a referência sobre os grupos etários preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Precisa-se de cuidado na conclusão, mesmo que o teste estatístico seja possível de ser calculado os resultados podem ser vistos de forma mais descritiva do que analítica. Também na tabela 5.4, as frequências e proporções para cada um dos procedimentos odontológicos foram consideradas dentro de cada grupo diagnóstico. Portanto, o número de pacientes que realizaram determinado procedimento odontológico sobre o total de pacientes com determinado diagnóstico estabeleceu a porcentagem apresentada nesta tabela. A associação entre o diagnóstico e o procedimento foi calculado pelo teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, segundo a porcentagem de valores esperados em cada subtabela, quando o valor esperado foi 5 ou menos em 25% ou mais então utilizou-se o teste exato de Fisher. Novamente reitera-se que o intuito das tabelas foi descritivo, uma vez que categorias com frequências pequenas diminuem o poder estatístico do estudo.

Gráfico 5.1 - Distribuição dos pacientes que necessitaram de tratamento periodontal, segundo a faixa etária descrita no SB2010.

Fonte: a autora

No gráfico 5.1, os pacientes que necessitaram de tratamento periodontal, foram distribuídos segundo as mesmas faixas etárias preconizadas pela OMS e utilizada no último levantamento oficial sobre saúde bucal no Brasil, denominado SB2010. (49) A maior prevalência de periodontite foi encontrada nos pacientes entre 20 e 24 anos (86%), seguido dos indivíduos entre 50 e 54 anos (77%). O menor percentual (38%) de necessidade de tratamento periodontal foi observado entre as crianças de 5 e 9 anos (Gráfico 5.1).

Gráfico 5.2 - Distribuição dos pacientes que foram indicados ao uso de prótese removíveis, segundo a faixa etária

Fonte: a autora

No gráfico 5.2, o total de 88 indicados ao uso de prótese foram distribuídos, e diagramados os percentuais de encaminhamentos à reabilitação oral em cada faixa etária dos pacientes estudados, sendo os idosos entre 70 e 74 anos os mais necessitados (53%).

Também é possível visualizar que não houve nenhum encaminhamento para o uso de próteses nessa população até a idade de 19 anos, assim como entre 25 e 29 anos e nos idosos após 80 anos. Portanto, a faixa etária comportou-se de maneira similar à população em geral, com os adultos e idosos sendo preponderantes (70).

Gráfico 5.3 - Distribuição do percentual de pacientes indicados ao uso de prótese removíveis, segundo a classificação de pacientes com necessidades especiais Haddad (23) modificada com o acréscimo do grupo 10 (diagnóstico indefinido)

Fonte: a autora

No gráfico 5.3, os pacientes do grupo 9, denominado “condições sistêmicas” foram os que mais necessitaram do uso de próteses (29%), seguido dos indivíduos com doenças sistêmicas (26%), com distúrbios psiquiátricos (25%) e deficiências sensoriais (24%). Não houve indicação alguma entre os portadores de anomalias congênitas, e entre os grupos pouco indicados estão os que apresentam diagnóstico indefinido (2%), deficiência mental (7%) e transtornos do espectro autista (7%).

Nos gráficos 5.2 e 5.3, o uso de próteses removíveis foi associado às faixas etárias e ao diagnóstico principal dos pacientes estudados, e além de estarem associadas à este procedimento odontológico, atuaram como fator limitador, podendo ser o motivo do percentual do uso de próteses removíveis estar destes PNE estarem aquém quando comparados com outros procedimentos (17,7%), e à população em geral (70).

Tabela 5.5 - Prevalência de procedimentos odontológicos segundo grupo diagnóstico e faixa etária

Faixa etária (anos)	Grupo PNE	n	Prótese	Periodontia	Dentística	Exodontia
			%	%	%	%
5 a.	Grupo 1	2	0	100%	50,0%	100%
	Grupo 2	4	0	25,0%	75,0%	0
	Grupo 3	0	0	0	0	0
	Grupo 4	2	0	50,0%	0	50,0%
	Grupo 5	0	0	0	0	0
	Grupo 6	0	0	0	0	0
	Grupo 7	3	0	66,7%	66,7%	33,3%
	Grupo 8	0	0	0	0	0
	Grupo 9	0	0	0	0	0
	Grupo 10	1	0	0	100%	0
	Total	12	0	50,0%	58,3%	33,3%
12 a.	Grupo 1	2	0	50,0%	50,0%	50,0%
	Grupo 2	0	0	0	0	0
	Grupo 3	2	0	50,0%	50,0%	50,0%
	Grupo 4	0	0	0	0	0
	Grupo 5	0	0	0	0	0
	Grupo 6	0	0	0	0	0
	Grupo 7	0	0	0	0	0
	Grupo 8	1	0	0	100%	100%
	Grupo 9	0	0	0	0	0
	Grupo 10	0	0	0	0	0
	Total	5	0	40,0%	60,0%	60,0%
15-19 a.	Grupo 1	5	0	60,0%	60,0%	40,0%
	Grupo 2	9	0	77,8%	66,7%	33,3%
	Grupo 3	9	0	77,8%	55,6%	55,6%
	Grupo 4	1	0	0	0	100%
	Grupo 5	1	0	0	0	0
	Grupo 6	1	0	100%	100%	0
	Grupo 7	7	0	71,4%	57,1%	14,3%
	Grupo 8	0	0	0	0	0
	Grupo 9	1	0	100%	100%	100%

Faixa etária (anos)	Grupo PNE	n	Prótese	Periodontia	Dentística	Exodontia
			%	%	%	%
35 a 44 a.	Grupo 10	2	0	100%	100%	50,0%
	JOVENS Total	36	0	72,2%	61,1%	38,9%
	Grupo 1	9	11,1%	66,7%	55,6%	55,6%
	Grupo 2	6	33,3%	83,3%	83,3%	66,7%
	Grupo 3	2	0	0	50,0%	100%
	Grupo 4	0	0	0	0	0
	Grupo 5	15	20,0%	60,0%	60,0%	66,7%
	Grupo 6	1	100%	0	0	100%
	Grupo 7	22	22,7%	72,7%	50,0%	45,5%
	Grupo 8	3	0	66,7%	33,3%	33,3%
	Grupo 9	2	0	100%	100%	100%
65 a 74 a.	Grupo 10	5	0	80,0%	20,0%	100%
	ADULTOS Total	65	18,5%	67,7%	53,8%	61,5%
	Grupo 1	2	0	0	50,0%	100%
	Grupo 2	11	45,5%	54,5%	36,4%	63,6%
	Grupo 3	0	0	0	0	0
	Grupo 4	0	0	0	0	0
	Grupo 5	0	0	0	0	0
	Grupo 6	1	100%	0	0	100%
	Grupo 7	28	50,0%	46,4%	57,1%	75,0%
	Grupo 8	2	50,0%	0	0	50,0%
	Grupo 9	4	25,0%	50,0%	50,0%	0
IDOSOS	Grupo 10	1	0	0	0	0
	Total	49	44,9%	42,9%	46,9%	65,3%

Na tabela 5.5 estão descritas as prevalência de procedimentos odontológicos segundo grupo diagnóstico dos PNE, descritos no quadro 4.1, e as mesmas faixas etárias preconizadas pela OMS e utilizada no último levantamento oficial sobre saúde bucal no Brasil, denominado SB2010, (49) entretanto as associações foram prejudicadas devido ao baixo número de indivíduos em cada grupo após a ampla distribuição.

Tabela 5.6 - Prevalência de necessidade de prótese segundo grupo diagnóstico PNE e faixa etária

Faixa etária (anos)	Diagnóstico PNE									
	Grupo 1 n=59	Grupo 2 n=83	Grupo 3 n=34	Grupo 4 n=14	Grupo 5 n=42	Grupo 6 n=12	Grupo 7 n=162	Grupo 8 n=17	Grupo 9 n=28	Grupo 10 n=46
0-4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20-24	1/6 (16,7%)	0	0	1/1 (100%)	0	0	0	0	0	0
25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30-34	0	3/6 (50,0%)	0	0	0	0	0	0	0	0
35-39	0	0	0	0	1/9 (11,1%)	1/1 (100%)	3/11 (27,3%)	0	0	0
40-44	1/5 (20,0%)	2/3 (66,7%)	0	0	2/6 (33,3%)	0	2/11 (18,2%)	0	0	0
45-49	1/10 (10,0%)	1/3 (33,3%)	0	0	2/6 (33,3%)	0	2/8 (25,0%)	1/2 (50,0%)	0	0
50-54	1/1 (100%)	1/4 (25,0%)	0	0	2/6 (33,3%)	0	2/11 (18,2%)	0	2/4 (50,0%)	0
55-59	0	1/6 (16,7%)	0	0	3/4 (75,0%)	1/2 (50,0%)	6/23 (26,1%)	0	2/4 (50,0%)	1/2 (50,0%)
60-64	0	3/5 (60,0%)	0	0	0	0	10/29 (34,5%)	1/2 (50,0%)	3/7 (42,9%)	0
65-69	0	3/9 (60,0%)	0	0	0	1/1 (100%)	8/17 (47,1%)	0	1/3 (33,3%)	0
70-74	0	2/2 (100%)	0	0	0	0	6/11 (54,5%)	1/2 (50,0%)	0	0
75-79	0	0	0	0	0	0	3/7 (42,9%)	0	0	0
80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
85-89	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90-94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>p</i>	0,063	0,003	NA	0,003	0,282	0,407	0,076	0,572	0,836	0,048

Tabela 5.7 - Prevalência de periodontia segundo grupo diagnóstico PNE e faixa etária dos pacientes analisados

Faixa etária (anos)	Diagnóstico PNE									
	Grupo 1 n=59	Grupo 2 n=83	Grupo 3 n=34	Grupo 4 n=14	Grupo 5 n=42	Grupo 6 n=12	Grupo 7 n=162	Grupo 8 n=17	Grupo 9 n=28	Grupo 10 n=46
0-4	0	1/2 (50,0%)	1/3 (33,3%)	0	0	0	0	0	0	5/8 (62,5%)
5-9	3/6 (50,0%)	3/9 (33,3%)	1/2 (50,0%)	4/9 (44,4%)	0	1/2 (50,0%)	4/8 (50,0%)	0	0	2/11 (18,2%)
10-14	2/7 (28,6%)	7/13 (53,8%)	4/7 (57,1%)	3/3 (100%)	0	0	2/3 (66,7%)	1/3 (33,3%)	0	1/6 (16,7%)
15-19	3/5 (60,0%)	7/9 (77,8%)	7/9 (77,8%)	0	0	1/1 (100%)	5/7 (71,4%)	0	1/1 (100%)	2/2 (100%)
20-24	6/6 (100%)	2/2 (100%)	7/7 (100%)	1/1 (100%)	1/2 (50,0%)	1/1 (100%)	1/3 (33,3%)	0	0	1/1 (100%)
25-29	3/7 (42,9%)	4/5 (80,0%)	1/2 (50,0%)	0	3/3 (100%)	1/1 (100%)	3/4 (75,0%)	0	2/2 (100%)	0
30-34	3/5 (60,0%)	5/6 (83,3%)	2/2 (100%)	0	4/4 (100%)	1/1 (100%)	3/8 (37,5%)	2/3 (66,7%)	1/1 (100%)	1/2 (50,0%)
35-39	2/4 (50,0%)	3/3 (100%)	0	0	6/9 (66,7%)	0	9/11 (81,8%)	2/2 (100%)	2/2 (100%)	3/4 (75,0%)
40-44	4/5 (80,0%)	2/3 (66,7%)	0	0	3/6 (50,0%)	0	7/11 (63,6%)	0	0	1/1 (100%)
45-49	6/10 (60,0%)	2/3 (66,7%)	0	0	3/6 (50,0%)	0	4/8 (50,0%)	1/2 (50,0%)	1/1 (100%)	1/2 (50,0%)
50-54	1/1 (100%)	2/4 (50,0%)	0	0	3/6 (50,0%)	1/1 (100%)	9/11 (81,8%)	1/1 (100%)	4/4 (100%)	2/2 (100%)
55-59	0	3/6 (50,0%)	0	0	4/4 (100%)	0	18/23 (78,3%)	1/1 (100%)	3/4 (75,0%)	2/2 (100%)
60-64	0	3/5 (60,0%)	0	0	1/1 (100%)	0	20/29 (69,0%)	1/2 (50,0%)	5/7 (71,4%)	0
65-69	0	5/9 (55,6%)	0	0	0	0	7/17 (41,2%)	0	1/3 (33,3%)	0
70-74	0	1/2 (50,0%)	0	0	0	0	6/11 (54,5%)	0	1/1 (100%)	0
75-79	0	0	0	0	0	0	4/7 (57,1%)	0	0	0
80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
85-89	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90-94	0	0	0	0	0	0	1/1 (100%)	0	0	0
P	0,269	0,573	0,178	0,177	0,312	0,350	0,404	0,470	0,305	0,065

Autor: O autor

Tabela 5.8 - Prevalência de dentística segundo grupo diagnóstico PNE e faixa etária

Faixa etária (anos)	Diagnóstico PNE									
	Grupo 1 n=59	Grupo 2 n=83	Grupo 3 n=34	Grupo 4 n=14	Grupo 5 n=42	Grupo 6 n=12	Grupo 7 n=162	Grupo 8 n=17	Grupo 9 n=28	Grupo 10 n=46
0-4	0	0	1/3 (33,3%)	0	0	0	0	0	0	5/8 (62,5%)
5-9	4/6 (66,7%)	6/9 (66,7%)	1/2 (50,0%)	3/9 (33,3%)	0	1/2 (50,0%)	4/8 (50,0%)	0	1/1 (100%)	9/11 (81,8%)
10-14	3/7 (42,9%)	6/13 (46,2%)	3/7 (42,9%)	1/3 (33,3%)	0	0	2/3 (66,7%)	3/3 (100%)	0	5/6 (83,3%)
15-19	3/5 (60,0%)	6/9 (66,7%)	5/9 (55,6%)	0	0	1/1 (100%)	4/7 (57,1%)	0	1/1 (100%)	2/2 (100%)
20-24	5/6 (83,3%)	2/2 (100%)	5/7 (71,4%)	1/1 (100%)	0	1/1 (100%)	1/3 (33,3%)	0	0	0
25-29	4/7 (57,1%)	3/5 (60,0%)	1/2 (50,0%)	0	3/3 (100%)	1/1 (100%)	2/4 (50,0%)	0	1/2 (50,0%)	3/3 (100%)
30-34	3/5 (60,0%)	4/6 (66,7%)	2/2 (100%)	0	3/4 (75,0%)	0	4/8 (50,0%)	1/3 (33,3%)	1/1 (100%)	2/2 (100%)
35-39	2/4 (50,0%)	3/3 (100%)	0	0	5/9 (55,6%)	0	5/11 (45,5%)	1/2 (50,0%)	2/2 (100%)	0
40-44	3/5 (60,0%)	2/3 (66,7%)	1/1 (100%)	0	4/6 (66,7%)	0	6/11 (54,5%)	0	0	1/1 (100%)
45-49	9/10 (90,0%)	2/3 (66,7%)	0	0	3/6 (50,0%)	1/1 (100%)	5/8 (62,5%)	1/2 (50,0%)	1/1 (100%)	2/2 (100%)
50-54	1/1 (100%)	3/4 (75,0%)	0	0	3/6 (50,0%)	1/1 (100%)	8/11 (72,7%)	0	3/4 (75,0%)	2/2 (100%)
55-59	0	1/6 (16,7%)	0	0	4/4 (100%)	0	15/23 (65,2%)	1/1 (100%)	3/4 (75,0%)	2/2 (100%)
60-64	0	1/5 (20,0%)	0	0	0	0	18/29 (62,1%)	0	6/7 (85,7%)	0
65-69	1/2 (50,0%)	3/9 (33,3%)	0	0	0	0	10/17 (58,8%)	0	1/3 (33,3%)	0
70-74	0	1/2 (50,0%)	0	0	0	0	6/11 (54,5%)	0	1/1 (100%)	0
75-79	0	0	0	0	0	0	1/7 (14,3%)	0	0	0
80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
85-89	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90-94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P	0,675	0,214	0,705	0,496	0,232	0,350	0,789	0,257	0,603	0,026

Tabela 5.9 - Prevalência de exodontia segundo grupo diagnóstico PNE e faixa etária

Faixa etária (anos)	Diagnóstico PNE									
	Grupo 1 n=59	Grupo 2 n=83	Grupo 3 n=34	Grupo 4 n=14	Grupo 5 n=42	Grupo 6 n=12	Grupo 7 n=162	Grupo 8 n=17	Grupo 9 n=28	Grupo 10 n=46
0-4	0	0	2/3 (66,7%)	0	0	0	0	0	0	4/8 (50,0%)
5-9	4/6 (66,7%)	3/9 (33,3%)	2/2 (100%)	5/9 (55,6%)	0	1/2 (50,0%)	2/8 (25,0%)	0	1/1 (100%)	4/11 (36,4%)
10-14	4/7 (57,1%)	7/13 (53,8%)	5/7 (71,4%)	2/3 (66,7%)	0	0	2/3 (66,7%)	2/3 (66,7%)	0	2/6 (33,3%)
15-19	2/5 (40,0%)	3/9 (33,3%)	5/9 (55,6%)	1/1 (100%)	0	0	1/7 (14,3%)	0	1/1 (100%)	1/2 (50,0%)
20-24	2/6 (33,3%)	1/2 (50,0%)	2/7 (28,6%)	0	2/2 (100%)	1/1 (100%)	2/3 (66,7%)	0	0	0
25-29	3/7 (42,9%)	1/5 (20,0%)	2/2 (100%)	0	3/3 (100%)	0	3/4 (75,0%)	0	1/2 (50,0%)	1/3 (33,3%)
30-34	4/5 (80,0%)	2/6 (33,3%)	1/2 (50,0%)	0	3/4 (75,0%)	1/1 (100%)	7/8 (87,5%)	2/3 (66,7%)	1/1 (100%)	1/2 (50,0%)
35-39	2/4 (50,0%)	2/3 (66,7%)	1/1 (100%)	0	6/9 (66,7%)	1/1 (100%)	5/11 (45,5%)	1/2 (50,0%)	2/2 (100%)	4/4 (100%)
40-44	3/5 (60,0%)	2/3 (66,7%)	1/1 (100%)	0	4/6 (66,7%)	0	5/11 (45,5%)	0	0	1/1 (100%)
45-49	5/10 (50,0%)	3/3 (100%)	0	0	5/6 (83,3%)	0	4/8 (50,0%)	2/2 (100%)	0	1/2 (50,0%)
50-54	1/1 (100%)	2/4 (50,0%)	0	0	5/6 (83,3%)	1/1 (100%)	4/11 (36,4%)	0	2/4 (50,0%)	2/2 (100%)
55-59	1/1 (100%)	5/6 (83,3%)	0	0	4/4 (100%)	2/2 (100%)	18/23 (78,3%)	1/1 (100%)	4/4 (100%)	2/2 (100%)
60-64	0	3/5 (60,0%)	0	0	0	0	21/29 (72,4%)	1/2 (50,0%)	4/7 (57,1%)	0
65-69	2/2 (100%)	5/9 (55,6%)	0	0	0	1/1 (100%)	13/17 (76,5%)	0	0	0
70-74	0	2/2 (100%)	0	0	0	0	8/11 (72,7%)	1/2 (50,0%)	0	0
75-79	0	2/2 (100%)	0	0	0	0	5/7 (71,4%)	0	0	0
80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
85-89	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90-94	0	0	0	0	0	0	1/1 (100%)	0	0	1/1 (100%)
P	0,792	0,313	0,478	0,531	0,327	0,371	0,029	0,725	0,188	0,391

Já nas tabelas 5.6, 5.7, 5.8 e 5.9 foram analisadas as prevalências de uso de próteses, tratamentos periodontais, dentística (restaurações dentárias) e exodontias respectivamente, associando faixa etária com os diagnósticos principais.

Todos os indivíduos com diagnóstico indefinido e idade de 15 até 59 anos necessitaram de restaurações dentárias, assim como de uso de próteses removíveis na faixa etária entre 54 e 59 anos.

Já nos pacientes com doenças sistêmicas, os adultos entre 30 e 34 anos (87,5%), seguido dos idosos entre 65 e 69 anos (76,5%) foram os que mais necessitaram de exodontia, enquanto os doentes jovens 14 e 19 anos foram os que menos foram submetidos às extrações (14,30%).

6 DISCUSSÃO

As necessidades de tratamento odontológico dos PNE atendidos no CEO-Poá foram analisadas e comparadas entre os grupos de diagnóstico, e as que mais se destacaram foram periodontia, exodontia e restauração dentária, respectivamente. Neste estudo, a maior indicação de tratamento encontrada nos PNEs estudados, foi a de tratamento periodontal, com percentual acima da população em geral. (70) Periodontites afetam milhões de indivíduos mundialmente sendo preponderante em PNE devido às condições sistêmicas e genéticas, limitações funcionais e rotinas exaustivas, culminando com a saúde oral relegada ao segundo plano. A carência de atendimentos odontológicos especializado também agrava esse quadro.(61,105)

Apesar de não encontrada associação entre a indicação de tratamento periodontal e os diferentes grupos de diagnóstico de PNE, cuidados importantes são citados na literatura, enfatizando grupos específicos. Relatos mostram infartos do miocárdio e insuficiência cardíacas predominando em indivíduos com doenças periodontais, (56,84) ao mesmo tempo que os benefícios que o tratamento periodontal tem trazido aos doentes sistêmicos estão descritos na literatura especializada, assim como os cuidados imprescindíveis para aqueles indivíduos acometidos por alterações sistêmicas. Assim a antibioticoterapia profilática deve ser considerada, na dependência da condição do paciente, pois sua não prescrição pode levar a endocardite infecciosa.(105) Essa consideração, entre outras, justifica a propalada necessidade do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de instituições de saúde.

Na população em geral, os tratamentos restauradores são preponderantes quando comparado à indicação das exodontias, pois o maior acesso aos tratamentos odontológicos tem diminuído a prevalência de cárie. (70) Neste estudo, pode ser observado um maior percentual de exodontias quando comparado ao de restaurações. Esse fato sugere uma maior incidência de cárie na população estudada devido à diversos fatores, entre eles o menor acesso ao tratamento odontológico especializado. Apesar de a implementação dos CEOs ter ocorrido a muitos anos, muitos cuidadores e pacientes alegam não conhecer essa assistência, há evidente comunicação inadequada entre os profissionais da equipe

multidisciplinar municipal. Assim, muitos indivíduos são encaminhados para atendimento em situação emergencial, onde muitas vezes a exodontia, que é o último procedimento a ser indicado para tratamento, deve ser aplicada. Ao mesmo tempo, este alto percentual de necessidade de exodontias e de dentística restauradora nos PNE atendidos, é coerente com o reportado na literatura científica que relata um aumento da cárie dentária e perdas dentárias em condições médicas, genéticas, e pacientes com uso frequente de medicações. (4, 12)

Um dos maiores problemas da saúde bucal, que podem levar ao declínio da qualidade de vida destes PNE, é que diante de perdas dentárias, a reabilitação oral com próteses removíveis nem sempre é possível, sendo este fato diretamente associado ao diagnóstico principal destas pessoas. Neste estudo, o baixo percentual encaminhados à reabilitação oral foi considerado inicialmente um dado altamente contraditório, uma vez que a literatura relata índices de perdas dentárias maiores em PNE. (2) Também na população brasileira em geral, além das perdas dentárias, é alarmante a necessidade de uso de próteses devido às perdas dentárias, sendo 68,8 % entre os adultos (35 a 44 anos), mas muito maior entre os idosos 65 a 74 anos. (70) Em outros estudos científicos, em um país desenvolvido como o Japão, a prevalência de necessidade de uso de prótese foi estimada em 54%. (106) O achado deste estudo é relevante, pois estes dados do CEO-Poá provavelmente reflete a população de PNE no país, onde mesmo os indivíduos edêntulos e necessitando de reabilitação oral, foram considerados inaptos à execução e uso das mesmas, devido às diferentes limitações dessa população. Por isso, a necessidade do uso de próteses destas pessoas foi avaliada, e demonstrada a associação entre esse tratamento com o tipo de grupo diagnóstico dos PNEs.

As condições sistêmicas, incluindo pacientes transplantados, irradiados, oncológicos e imunodeprimidos, foi considerado os que mais necessitaram de reabilitação oral com o uso de próteses removíveis. Apesar destes indivíduos terem sido classificados no mesmo grupo, nesta discussão é possível considerar as diferentes causas. Na oncologia, o aumento na prevalência das cáries está associado à xerostomia, comum no período pós-terapias de radiação de intensidade modulada (IMRT) e quimiorradiação concomitantes.(103) O desequilíbrio na flora bacteriana, a redução da concentração de proteínas antimicrobianas salivares, e perda de componentes mineralizantes estão associados à cárie, que podem ocorrer

em até 3 meses após tratamento. (107) Portanto, diante da radioterapia, a prevenção odontológica é relatada primordial para a saúde oral e geral destes pacientes: orientação de saúde bucal, uso de flúor tópico nos três primeiros meses, consultas preventivas, uso de Clorexidina, e assim como evitar exodontias, implantes, ortodontia e cirurgias para prevenção da osteorradionecrose. (107) O mesmo acompanhamento odontológico está descrito diante do uso de bisfosfonatos, medicação comum em idosos com osteoporose, doença de Paget, e indivíduos com metástases, sendo que nesses casos, a lesão associada é a osteonecrose.(108)

Quanto ao tipo de material a ser utilizado nas restaurações dentárias nos portadores de câncer que irão para tratamentos, as restaurações de resina composta são indicadas. (109) Em um estudo, as propriedades do ionômero de vidro foram modificadas diante da radiação ionizante, portanto é sugerido que o mesmo seja evitado.(107) Quanto às restaurações dentárias efetuadas com amálgama de prata, segundo um estudo recente, até mesmo a radiofrequência emitida pelos dispositivos de Wifi convencionais, podem aumentar a liberação de mercúrio para o organismo, sugerindo que seja evitada.(5) Pesquisas recentes também concluíram durante a radioterapia, restaurações de amálgama, material de alta densidade, podem causar retrodifusão, diminuindo a dosagem de fótons necessárias à região alvo.(110) Já em pacientes pediátricos leucêmicos, além de todos os cuidados relatados, há necessidade dos cuidadores serem conscientizados sobre o potencial cariogênico das mudanças na dieta, hábitos, e principalmente das medicações pediátricas líquidas. (111)

Quanto aos pacientes transplantados, está relatado que as infecções, como as cáries, são a causa mais frequente de óbitos após o transplante de fígado, confirmando a importância de todos os cuidados descritos, e da presença do cirurgião-dentista na equipe, nos tratamentos das pessoas imunodeprimidas.(112)

O segundo maior grupo que necessitou de reabilitação oral foram dos indivíduos que apresentavam doenças sistêmicas. As perdas dentárias podem estar relacionadas ao aumento de cáries associada à mudança brusca na rotina diante dos cuidados na saúde geral. Entretanto, um outro fator importante a ser considerado, é que o descuido da saúde bucal pode induzir o agravamento das doenças sistêmicas, culminando com aumento de acidentes cardiovasculares, e

descontrole glicêmico (113) Nesse grupo, é importante o cirurgião-dentista estar incluído na equipe multidisciplinar, devendo promover a prevenção odontológica, tratamentos curativos necessários e também orientação em relação aos cuidados básicos preventivos da doença de base, visando melhorar a saúde oral, uma vez que as duas estão interligadas.(61,104,113) Na literatura, artigos descrevem doenças variadas, incluindo hipertensão arterial, diabetes mellitus, seguida de alterações cardiovasculares conduzindo ao estresse oxidativo, que desencadeia o estado hiper inflamatório, levando à periodontite e ao maior risco ao edentulismo (113,114) Essa pré-disposição torna-se mais evidente, quando constatado que após a melhora na saúde geral, muitos indivíduos apresentam diminuição na prevalência de cáries, doenças periodontais, e até de alterações periodontais peri-implantes(115) Portanto, sugerimos que apesar dos cuidados específicos durante o tratamento odontológico curativo, se houver necessidade, considerar o perfil comportamental desse grupo e a possibilidade da instalação e uso de próteses.

Tanto os imunodeprimidos, como os doentes sistêmicos, que foram os principais grupos indicados à reabilitação, apresentam em comum os aspectos cognitivos-comportamentais normalmente preservados. Em contrapartida, alguns dos PNE reabilitados pertenciam ao grupo dos distúrbios psiquiátricos. Artigos associam as perdas dentárias nesse grupo de pacientes ao abandono nos cuidados diários de higiene. (61) Porém, pesquisas também mostraram que além das alterações comportamentais, as alterações fisiológicas relacionadas à depressão, como o estado hiper inflamatório, podem levar a periodontite, com consequente mobilidade e perdas dentárias.(104) Entretanto, os depressivos, esquizofrênicos ou psicóticos podem melhorar com a recuperação tanto da estética oral, quanto com a mastigação e a fala. Porém, é necessário considerar que avaliamos um grupo com diferentes doenças, e que indivíduos com o mesmo diagnóstico podem apresentar comportamento e aceitação de tratamento distintos. Ainda neste grupo, outra consideração é que indivíduos pertencentes a ele muitas vezes não são diagnosticados, portanto ficam sem acompanhamento médico ou interdisciplinar, com óbvias consequências até mesmo para o aumento na frequência de alterações bucais. (116)

Apesar dos percentuais do uso de próteses removíveis entre estes PNE ter sido menor que da população em geral, o motivo pode ser as limitações ou até impedimentos no manejo, execução e adaptação, dependentes do grupo diagnóstico. Portanto, diante de perdas dentárias, a reabilitação oral dos PNE nem sempre é possível. Neste estudo, não ocorreu nenhuma reabilitação oral no grupo das anomalias congênitas. Entretanto, a literatura relata nesse grupo, higiene dificultada devido alterações cognitivas e comportamentais, culminando com aumento tanto de doenças periodontais, cáries e necessidade de restaurações.(116)

Entretanto, cada anomalia congênita apresenta características próprias associadas às necessidades odontológicas, como a compulsão alimentar na Síndrome de Prader-Willi(117). Considerando-se a quantidade de síndromes descritas, é imprescindível que o Cirurgião-dentista esteja familiarizado com a busca de dados científicos. Cada planejamento odontológico nesse grupo deve ser embasado individualmente, com adequação do manejo e orientações e alertada a dificuldade diante da necessidade do uso de próteses removíveis.

A necessidade de prótese nos PNE também foi associada às faixas etárias, e comportou-se como na população em geral, com tendência ao uso em adultos e idosos, sendo que esses brasileiros, além de mais propensos às doenças dentárias, podem ter sido submetidos à odontologia que preconizava procedimentos na sua maioria mutiladores.(118) Outros estudos também associaram o envelhecimento às perdas dentárias nos PNE, e sugeriram como solução tratamentos odontológicos curativos prévios em deficientes jovens.(119)

Apesar dos pacientes estudados terem sido atendidos em um serviço público que oferece somente a opção de próteses removíveis, cada paciente é avaliado individualmente, e caso reabilitações complexas, como próteses fixas sobre implantes, fossem consideradas, seriam realizadas em âmbito hospitalar sob anestesia geral.(120) Já nos deficientes físicos com sequelas de AVC, Paralisia Cerebral entre outros, a baixa prevalência da necessidade do uso de prótese (18,18%) pode ser decorrente dos problemas motores. Nesse grupo de pacientes são comuns sintomas como a rigidez muscular, e movimentos involuntários de lábios, língua e mandíbula, com consequentes alterações funcionais bucais. Estas disfunções limitam tanto a higiene bucal levando às perdas dentárias, como o uso de

próteses, uma vez que a musculatura oral encontra-se alterada.(115) No planejamento da reabilitação oral, o cirurgião-dentista precisará estar atento às características das sequelas orais de cada paciente, avaliar sua intensidade, e ponderar se o paciente terá condições de colaborar em cada etapa da confecção da prótese, incluindo as moldagens, adaptações e ajustes, assim como mantê-la após sua instalação. Em decorrência dessas limitações, nesse estudo um pequeno percentual dos deficientes físicos estavam aptos à confecção e uso de próteses removíveis, totais e parciais. Como descrito anteriormente, a outra possibilidade seria a reabilitação com próteses fixas sobre implantes em âmbito hospitalar, porém esse serviço ainda não é disponibilizado na nossa instituição. Entretanto, apesar da literatura apontar bons prognósticos na reabilitação com implantes executados sob anestesia geral em PNE, fatores relevantes incluindo higiene, presença de parafunções e qualidade óssea, dependendo da localização e tamanho do edentulismo, devem ser considerados. (121,122)

Quanto ao âmbito de atendimento, as necessidades odontológicas foram supridas na maioria dos casos em ambulatório, com PNE passíveis de condicionamento psicológico, principalmente entre as crianças, inclusive com diagnósticos de transtornos do espectro autista e anomalias congênitas. Nesta população, também foram constatados comportamentos agressivos e inadequados sem condições de condicionamento psicológico, ou tratamentos complexos com necessidade de múltiplos procedimentos, porém somente na minoria dos indivíduos. Estes casos, foram encaminhados para anestesia geral, nos hospitais regionais, que são a referência pública do setor terciário.

Apesar do resultado do âmbito domiciliar ter sido estatisticamente insignificante, vale ser discutido, diante da pouca disponibilidade deste serviço e de profissionais capacitados.(23) A raridade tipo de atendimento em PNE do CEO-Poá é justificada, pois a própria literatura indica que, sempre que possível, o indivíduo deve ser transferido para o ambulatório, devido às dificuldades técnicas, da biossegurança, manejo e procedimentos odontológicos. (23) O único caso, no período estudado, foi do gênero masculino, adulto, clinicamente debilitado e “deficiente físico” com sequelas de Paralisia Cerebral. A transferência para o ambulatório foi inviabilizada pelo grande porte físico do paciente, e diante às dores e sangramentos gengivais agudos e sem dentes cariados, o tratamento periodontal foi

concluído no próprio leito. A literatura sugere que deve haver um aumento da demanda por tratamentos odontológicos domiciliares com ao envelhecimento dos PNE. (24,37,42) Analisando-se o grupo das doenças infecto-contagiosas, o pequeno número de indivíduos encaminhados ao CEO foi justificado pelo fato destes indivíduos serem atendidos nas UBSs. Vale salientar que ficou demonstrado em estudo recente com crianças HIV positivas que, quando comparadas à população em geral, elas apresentam maior prevalência de cáries, e assim existe a necessidade dos serviços de saúde bucal englobarem o grupo de pessoas com doenças infectocontagiosas, tanto nos tratamentos curativos, como nas ações preventivas. (59,61)

Este estudo sobre o nível secundário de saúde pública é importante pela raridade de pesquisas envolvendo estas unidades, e principalmente a especialidade de PNE. Entretanto, para obtenção destes resultados, uma análise retrospectiva sobre o CEO, referência municipal foi efetuada, tornando limitada a representatividade nacional. Além disso, apesar do objetivo do estudo ser caracterizar as necessidades odontológicas dos PNE, a faixa etária foi ampla, bem como o número de diagnósticos, o que dificultou o aprofundamento da avaliação. Porém consideramos que mesmo assim, esses dados são importantes para o planejamento do atendimento de saúde.

Um fator limitador do estudo, foi que indivíduos com necessidades especiais e com acometimentos leves foram atendidos nas próprias UBS próximas às suas residências, e portanto não incluídos na nossa amostra.

Por outro lado, um aspecto importante desse estudo foi mostrar que na maioria dos casos dos tratamentos propostos foi finalizado. Sendo esse serviço público, e independente dos recursos financeiros do paciente, os tratamentos não finalizados foram preponderantemente decorrentes de óbito ou mudança de município. Esse fator reforça a importância na instalação de novos CEOs, para que os especialistas em PNE estejam próximos à moradia desta população. (36) Outro diferencial para o estudo foi a disponibilização pelo Centro de transporte gratuito para os PNEs, otimizando a frequência às consultas, no período estudado.

A população mundial de indivíduos com deficiência está além da compreensão da maioria das pessoas. A própria variedade de doenças, e nível de

acometimento, dificultam os estudos e divulgação de informações. (115) Recentemente foi relatado que a Organização Mundial da Saúde, unindo-se às universidades canadenses e americanas, planeja divulgar números sobre as necessidades odontológicas dos PNE e capacitar cirurgiões dentistas para atender essa demanda. O desafio é que esse programa sensibilize órgãos legislativos e provedores de saúde. (115)

Apesar deste estudo estar baseado em uma amostra de conveniência, foi considerado pertinente a comparação dos PNE e suas necessidades odontológicas com a população em geral, dentro do possível, e assim utilizados os dados do último levantamento oficial, projeto SB Brasil 2010, denominado Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, mesmo este sendo resultado da análise de uma amostra populacional. Neste estudo populacional, a saúde bucal da população brasileira foi avaliada em relação a muitos fatores, incluindo as doenças gengivais, necessidades de próteses, de tratamento de cárie e perdas dentárias. Entre os objetivos deste projeto nacional, vale salientar que um deles foi gerar dados que possibilitassem verificar o impacto da Política Nacional de Saúde Bucal com o Programa Brasil Sorridente, para identificar dificuldades e reorientar estratégias de vários níveis, incluindo a atenção secundária para a qual os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são as principais referências municipais. (70)

As análises de dados inéditos originados sobre a população deste estudo, poderão ser a base de futuras pesquisas comparativas entre grupos de PNE, população em geral e outros serviços, podendo também orientar caminhos para que gestores de saúde possam implementar estratégias para melhorar a qualidade da saúde bucal e geral desta população. Apesar da existência de mais de 1000 unidades de CEOs por todo Brasil, esse serviço especializado tem sido pouco estudado nestes 13 anos de existência. Ainda hoje, o setor primário tem sido priorizado, e quando levantamentos são efetuados em serviços públicos especializados, dificilmente estes pacientes são selecionados (36,40). Após a demanda da odontologia para PNE ser reconhecida oficialmente pelo PSF, estas clínicas foram implantadas, visando o acolhimento de todo PNE, independente de seu diagnóstico. (37,42) Entretanto, antes do projeto Brasil Sorridente, normalmente estes indivíduos eram tratados em consultórios dentários de associações ou entidades. Esse pode ser um dos motivos para a maioria dos trabalhos sobre

odontologia para PNE ter como amostra, grupos ou diagnósticos únicos e específicos. O fato deste estudo ter avaliado uma amostra com todas as categorias de diagnóstico possíveis de PNE, a princípio por demais abrangente, possibilitou a comparação das necessidades odontológicas entre todos os grupos da classificação de PNE(23). Outro destaque, é que neste estudo também foi seguida a tendência atual e mundial de estudo de estratégias de políticas de saúde pública, com os dados obtidos sendo utilizados e comparados com outras pesquisas científicas.(40)

Os fatores influenciadores nas necessidades de tratamento periodontal, restaurações, exodontias e uso de próteses nos PNE, foram analisados e discutidos para que esses problemas graves na saúde sejam amenizados. Esse estudo poderá nortear a implementação de projetos tanto no setor privado, como do setor público, levando em consideração o diagnóstico, idade e comportamento do público alvo. As características dessa população podem orientar na aquisição de equipamentos, de materiais odontológicos, assim como na adaptação do ambiente de atendimento. Porém, novas pesquisas são necessárias para melhor delimitar o perfil de cada grupo dos PNE, em uma população maior e mais específica de pacientes, e assim identificar com maior clareza as intervenções que são eficazes para a reabilitação oral, e consequentemente para a qualidade de vida dessa população.

7 CONCLUSÕES

- ✓ Após diagnóstico clínico destes PNE ficou evidente que tratamentos periodontais, exodontias e procedimentos restauradores respectivamente, foram as necessidades odontológicas que se destacaram.
- ✓ Perdas dentárias por exodontias foram preponderantes aos procedimentos restauradores, situação contrária à da população em geral, após a implantação do programa Brasil Sorridente. Esses achados reforçam a importância da otimização da prevenção e do acesso à odontologia para PNE.
- ✓ A indicação do uso de próteses removíveis parciais ou totais para PNE está diretamente relacionada ao grupo diagnóstico ao qual este indivíduo pertence, podendo ser fator limitador na reabilitação oral diante de perdas dentárias.
- ✓ As necessidades odontológicas destes PNE foram supridas principalmente em âmbito ambulatorial, passíveis de condicionamento psicológico principalmente nos grupos dos TEA e anomalias congênitas.

REFERÊNCIAS¹

1. Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M, Brennan DS. Oral Conditions and Health-Related Quality of Life: A Systematic Review. *J Dent Res*. 2017 Jul 5;96(8):864–74.
2. Corcuera-Flores J-R, Delgado-Munoz J, Ruiz-Villandiego J-C, Maura-Solivellas I, Machuca-Portillo G. Dental treatment for handicapped patients; sedation vs general anesthesia and update of dental treatment in patients with different diseases. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. 2014 Mar1 ;19(2):e170–6.
3. CFO. RESOLUÇÃO CFO-20 /2001. Cons Fed Odontol. 2001 ; Available from: http://www.crosp.org.br/_fckeditor/file/Guia/RESOLUÇÃO CFO 20-01.pdf.
4. Vanessa R, De Almeida-Marques D, Beber AJ, Cavalcanti YW, De Oliveira Guaré R, Teresa M, et al. Evidência científica da pesquisa odontológica brasileira em pacientes com necessidades especiais. *RPG Rev Pós Gr*. 2012;19(3):107–12.
5. Chen M-C, Kung P-T, Su H-P, Yen S-M, Chiu L-T, Tsai W-C. Utilization of tooth filling services by people with disabilities in Taiwan. *Int J Equity Health*. 2016 Apr 5;15:58.
6. Ahmad MS, Razak IA, Borromeo GL. Undergraduate education in special needs dentistry in Malaysian and Australian dental schools. *J Dent Educ*. 2014 Aug;78(8):1154–61.
7. Conselho Federal de Odontologia. Quantidade Geral de Profissionais e Entidades Ativas. 2018 <http://cfo.org.br/website/estatisticas/quantidade-geral-de-cirurgioes-dentistas-especialistas/>.
8. Vainio L, Krause M, Inglehart MR. Patients with special needs: dental students' educational experiences, attitudes, and behavior. *J Dent Educ*. 2011 Jan;75(1):13–22.
9. Couto DDO. Perfil dos pacientes com I. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(3):136–41.

¹ De acordo com Estilo Vancouver.

10. Freire ALA e S de S. “Saúde Bucal para Pacientes com Necessidades Especiais: Análise da Implementação de uma Experiência Local” por Ana Lúcia A. e S. de Souza Freire. 2011;1–255.
11. Frances A. Entrenched reductionisms: The bête noire of psychiatry. *Hist Psychol.* 2016;19(1):57–9.
12. Carvalho SR, Andrade HS de, Cunha GT, Armstrong D. Paradigmas médicos e Atenção Primária à Saúde: vigilância da população e/ou produção de vida? *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2016 Sep;20(58):531–5.
13. Coulter JS, Ditunno JF, Sandel E. Invited Perspectives Historical Series and the Emergence of Physical Medicine and Rehabilitation in the Early 20th Century. 2017
14. Novotny J. To “take their place among the productive members of society”: Vocational rehabilitation of WWI wounded at Erskine. *Wellcome open Res.* 2017 Jan:17.
15. Jones CM. The moral problem of health disparities. *Am J Public Health.* 2010 Apr 1
16. Grião C, Silva GC. Práticas culturais acessíveis-memorial da inclusão: os caminhos da pessoa com deficiência. *Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação e Biblioteconomia.* 2017 12(1).
17. Siems-Marcondes MER. Educação especial no território federal de Roraima no contexto do regime militar (1964-1985). *Revi Bras Educação.* 2016 Dez 21(67).
18. Miller SL. Dental Care for the Mentally Retarded; a challenge to the profession. *J Public Health Dent.* 1965 Sep;25(3):111–5.
19. Pini D de M, Fröhlich PCGR, Rigo L. Oral health evaluation in special needs individuals. *Einstein (Sao Paulo)* 2016 Oct-Dec;14(4):501-7.
20. Nowak AJ. The role of dentistry in the normalization of the mentally retarded person. *ASDC J Dent Child.* 1974 Nov-Dec;41(6):456-60.

21. Duailib SE DM. Uma nova visão sobre conceito e classificação em pacientes especiais. 1998;Mar-Abr(20):28–33.
22. Elias R. Odontologia de alto risco: pacientes especiais. Revinter. Rio de Janeiro; 1995.
23. Founiol Filho A. A odontologia para excepcionais. PANAMED. São Paulo: UNESP; 1981. p. 230-3.
24. Haddad AS. Odontologia para pacientes com necessidades especiais. 1st ed. Editora S, editor. Odontologia para pacientes com necessidades especiais. São Paulo; 2007. 273 p.
25. Valéria P, Faria B, Ferreira M, Pires M, Maia DC, Condé SP. Pacientes com deficiências : metodologia e prática de inclusão social na faculdade de odontologia de Valença / RJ. 2007.
26. Madden RH, Lukersmith S, Millington MJ, Scarf DC, Fortune N, Hartley S, et al. Participatory Monitoring of Community-Based Rehabilitation and other Disability- Inclusive Development Programmes: the Development of a Manual and Menu. Disabil CBR Incl Dev. 2016 Feb 29.
27. Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, décima revisão São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008.
28. Brunow H, Di V, Cassia N, Buchalla M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. Rev Bras Epidemiol. 2008;11(112):324–35.
29. WHO | International Classification of Diseases. WHO. 2017; <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
30. Laurenti R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. Rev Saude Publica. 1991 Dec ;25(6):407–17.

31. Vargus-Adams JN, Majnemer A. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a framework for change: Revolutionizing rehabilitation. *J Child Neurol*. 2014;29(8):1030–5.
32. WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO. 2017.
33. Brasil P da R. DECRETO Nº 3.298, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999.. 1999.Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm.
34. Objetivo R, Especiais N, Dir IX. Perfil Epidemiológico Dos Portadores De. 2008;83–91.
35. CFO. Resolução CFO nº 22 de 27/12/2001 - Conselho Federal de Odontologia. Normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização. 2001. p. Seção XI. Available from: http://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-22-2001_97126.html.
36. Thomaz EBAF, Sousa GMC de, Queiroz RC de S, Coimbra LC. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011*. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2016 Oct;25(4):807–18.
37. Rangel MDL, Limeira RRT, Silva SM, Moraes Junior RC, Ribeiro ILA, Castro RD de. Socioeconomic and Educational Profile of Users, and Profile of the Access to Services Offered by Odontology Specialty Centers in João Pessoa-Paraíba, Brazil. *Rev Família, Ciclos Vida e Saúde no Context Soc*. 2017 Feb 3;5(0):118.
38. Ferraz GLI. Instrumentos de visita domiciliar:abordagem da odontologia na estratégia saúde da família. *Rev APS*. 2016;19(2):302–14.
39. Brasil M da S. X Conferência Nacional de Saúde. In: Relatório final. Brasília; 1996. p. 82.
40. Brasil M da S. PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012. Available from:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.

41. Rodrigues LA, Vieira JDM, Leite ICG. Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte na região Sudeste. *Cad Saúde Coletiva*. 2013 Mar;21(1):40–5.
42. Menezes TO de A, Smith C de A, Passos LT, Pinheiro HHC, Menezes SAF de. Perfil dos pacientes com necessidades especiais de uma clínica de odontopediatria. *Rev Bras em Promoção da Saúde*. 2012;24(2):136–41.
43. Spezzia S, Maria S, Pinto C, Vieira AC, Aparecida L, Takaoka M V, et al. Pacientes com necessidades especiais – da regulamentação pública ao ensino odontológico. *J Heal Sci Inst*. 2015;33(2):140–3.
44. Silveira F. A prática de saúde bucal em uma equipe de saúde da família. [Ribeirão Preto]: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo; 2012.
45. Spezzia S, Coda SM, Campos Vieira PA, Aparecida L, Takaoka M V, Baptista R, et al. Pacientes com necessidades especiais – da regulamentação pública ao ensino odontológico. *J Heal Sci Inst*. 2015;33(2):140–3.
46. Chen M-C, Kung P-T, Su H-P, Yen S-M, Chiu L-T, Tsai W-C. Utilization of tooth filling services by people with disabilities in Taiwan. *Int J Equity Health*. 2016 Apr 5;15:58.
47. Oliveira L. Cartilha do censo 2010 Pessoas com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) / Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília : SDH-PR/SNPD. 2012. p. 32p.
48. Oliveira LMB. Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência. Secr Direitos Humanos da Presidência da República. 2012 ;32p.
49. Brasil - Ministério da saúde. Projeto SBBrasil 2010 - Relatório Final. Conselho Nacional de Saúde Bucal - CNSB. 2010. p. 341.
50. Monteserín-Matesanz M, Esparza-Gómez GC, García-Chías B, Gasco-García C, Cerero-Lapiedra R. Descriptive study of the patients treated at the clinic “integrated dentistry for patients with special needs” at Complutense University of Madrid (2003-2012). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015 Mar 1;20(2):e211-7.

51. Aragão AKR de. Acessibilidade da Criança e do Adolescente com Deficiência na Atenção Básica de Saúde Bucal no Serviço Público: Estudo Piloto. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2011 Apr 1;11(2):159–64.
52. Dentino A, Lee S, Mailhot J, Hefti AF. Principles of periodontology. *Periodontol* 2000. 2013 Feb 1;61(1):16–53.
53. Maybin L. Conference report: British Society of Disability and Oral Health Spring Conference 2016. *Br Dent J*. 2016 Jun 10;220(11):561.
54. Hughes MJ, Gazmararian JA. The relationship between income and oral health among people with intellectual disabilities: a global perspective. *Spec Care Dentist*. 2015 May 1;35(5):229–35.
55. Brown LF, Ford PJ, Symons AL. Periodontal disease and the special needs patient. *Periodontol* 2000. 2017 Jun 1 2017 Nov 9;74(1):182–93.
56. Merchant AT, Virani SS. Evaluating Periodontal Treatment to Prevent Cardiovascular Disease: Challenges and Possible Solutions. *Curr Atheroscler Rep*. 2017 Jan 24;19(1):4.
57. Silva Santos PS Da, Fernandes KS, Gallottini MHC. Assessment and management of oral health in liver transplant candidates. *J Appl Oral Sci*. 2012;20(2):241–5.
58. Hoeksema AR, Peters LL, Raghoobar GM, Meijer HJA, Vissink A, Visser A. Oral health status and need for oral care of care-dependent indwelling elderly: from admission to death. *Clin Oral Investig*. 2017 Sep 28;21(7):2189–96.
59. Martin-Cabezas R, Seelam N, Petit C, Agossa K, Gaertner S, Tenenbaum H, et al. Association between periodontitis and arterial hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Am Heart J*. 2016 Oct 1;180:98–112.
60. Apoorva A, Raghava VV, Narayan SJFH. Dental awareness among medical professionals in bengaluru: a questionnaire survey. *Int J Sci Res*. 2018 Jan 27;7(1).
61. Coker M, El-Kamary SS, Enwonwu C, Blattner W, Langenberg P, Mongodin E, et al. Perinatal HIV Infection and Exposure and Their Association With Dental Caries in Nigerian Children. *Pediatr Infect Dis J*. 2018 Jan;37(1):59–65.

62. Aldy D, Siregar Z, Siregar H, Liwijaya SG, Tanyati S. A comparative study of caries formation in breast-fed and bottle-fed children. *Paediatr Indones.* 2017;19(11–12):308–12.
63. Latif TM, Vieira AR. Risk Factors and Comorbidities Associated with Complete Edentulism in Individuals Younger than Fifty Years of Age. *J Dent Oral Heal.* 2017;4:1–6.
64. Clark SA, Vinson LA, Eckert G, Gregory RL. Effect of Commonly Prescribed Liquid Medications on *Streptococcus mutans* Biofilm. An in vitro study. *J Clin Pediatr Dent.* 2017 Mar 13;41(2):141–6.
65. Oliveira ALBM de, Giro EMA. Importância da abordagem precoce no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. 2011;19(38):45–51.
66. Albuquerque YE, Zuanon ACC, Pansani CA, Giro Ema, Lima FCB de A e, Pinto Lam dos S, et al. Perfil do atendimento odontológico no Serviço de Urgência para crianças e adolescentes da Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr); UNESP. *Rev Odontol da UNESP.* 2016 Apr;45(2):115–20.
67. Rocha E. A carga global de doença: fonte de informação para a definição de políticas e avaliação de intervenções em saúde. *Rev Port Cardiol.* 2017 Apr 1;36(4):283–5.
68. Dursun OB, Şengül F, Esin İS, Demirci T, Yücel N, Ömezli MM. Mind Conduct disorders in children with poor oral hygiene habits and attention deficit hyperactivity disorder in children with excessive tooth decay. *Arch Med Sci.* 2016 Dec 1;12(6):1279–85.
69. Castellanos-Cosano L, Corcuera-Flores J, Mesa-Cabrera M, Cabrera-Dominguez J, Torres-Lagares D, Machuca-Portillo G. Dental implants placement in paranoid squizofrenic patient with obsessive-compulsive disorder: A case report. *J Clin Exp Dent.* 2017 Nov 1;9(11):e1371-e1374.
70. Ribeiro GR, Campos CH, Rodrigues Garcia RCM. Influence of a removable prosthesis on oral health-related quality of life and mastication in elders with Parkinson disease. *J Prosthet Dent.* 2017 Apr 1;118(5):637–42.

71. Capitanio BL, Abdala MJ, Hamid A, Dummer CD, Pazinato M. Prevalence of periodontal disease in patients with chronic renal failure on hemodialysis. *Braz J Periodontol*. 2016;26.
72. Samohyl M, Nadazdyova A, Hirosova K, Jurkovicova J. The Average Annual Percent Change Analyzes of Preventive Dental Care in the Slovak Republic, 2014-2016. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2018 Jan 6;18(1):1–5.
73. Ferracane JL. Models of Caries Formation around Dental Composite Restorations. *J Dent Res*. 2017 Apr 19;96(4):364–71.
74. Hou J, Gu Y, Zhu L, Hu Y, Sun M, Xue H. Systemic review of the prevention of pit and fissure caries of permanent molars by resin sealants in children in China. *J Investig Clin Dent*. 2017 Feb 1;8(1):e12183.
75. De Souza RL, Duarte Guimarães AR, Tobias Duarte PC, Reis Amaral MT, Da Costa HS, Souza Silva RL. Necessidade de tratamento odontológico e níveis de ansiedade em adolescentes. *Rev Bahiana Odontol*. 2017 Jun 29;8(2).
76. Oliveira ALBM de, Giro EMA. Importância da abordagem precoce no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. *ODONTO*. 2011;19(38):45–51.
77. Norderyd J, Faulks D, Molina G, Granlund M, Klingberg G. Which factors most influence referral for restorative dental treatment under sedation and general anaesthesia in children with complex disabilities: caries severity, child functioning, or dental service organisation? *Int J Paediatr Dent*. 2018 Jan 1;28(1):71–82.
78. Knapp, R; Marshman, Z; Rodd H. Treatment of dental caries under general anaesthetic in children. *BDJ Team; London*. 2017;4.7:17116.
79. Vittorino GG, Luíza G, Souza N, Maris H, Silva M, Maia EE, et al. Atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais : treze anos promovendo sorrisos Dental care for special needs patients : thirteen years promoting smiles. 2011;47(Supl 2):12–5.
80. Barros GB. Saúde Bucal a Usuários Com Necessidades Especiais: Visita Domiciliar Como Estratégia No Cuidado À Saúde. *Rev Saúde.com*. 2016;2(2):135–42.

81. Carvalho CG, Medeiros-Filho JB, Ferreira MC. Guide for health professionals addressing oral care for individuals in oncological treatment based on scientific evidence. *Support Care Cancer*. 2018 Feb 22;1–11.
82. Presidência da República. Decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Diário oficial. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm.
83. Janssens B, Vanobbergen J, Lambert M, Schols JMGA, De Visschere L. Effect of an oral healthcare programme on care staff knowledge and attitude regarding oral health: a non-randomised intervention trial. *Clin Oral Investig*. 2018 Jan 3;22(1):281–92.
84. Lemes LC, Barbosa MAM. Comunicando à mãe o nascimento do filho com deficiência. *Acta Paul Enferm*. 2007 Dec 20(4):441–5.
85. Borgnakke WS. Does Treatment of Periodontal Disease Influence Systemic Disease? *Dent Clin North Am*. 2015 Oct 1;59(4):885–917.
86. Maryam A, Atessa P, Mozafari Pegah M, Zahra S, Hanieh G, Davood A, et al. Medical Risk Assessment in Patients Referred to Dental Clinics, Mashhad, Iran (2011-2012). *Open Dent J*. 2015;9:420–5.
87. Fereshtehnejad S-M, Garcia-Ptacek S, Religa D, Holmer J, Buhlin K, Eriksdotter M, et al. Dental care utilization in patients with different types of dementia: A longitudinal nationwide study of 58,037 individuals. *Alzheimers Dement*. 2018 Jan;14(1):10–9.
88. Aragón F, Zea-Sevilla MA, Montero J, Sancho P, Corral R, Tejedor C, et al. Oral health in Alzheimer's disease: a multicenter case-control study. *Clin Oral Investig*. 2018 Feb 23;1–10.
89. De Camargo MAF, Antunes JLF. Untreated dental caries in children with cerebral palsy in the Brazilian context. *Int J Paediatr Dent*. 2008 Mar;18(2):131–8.
90. Ferreira de Camargo MA, Frias AC, Antunes JLF. The incidence of dental caries in children and adolescents who have cerebral palsy and are participating in a dental program in Brazil. *Spec Care Dentist*. 2011 Nov 1;31(6):210–5.

91. Pereira ALA, Souza M de AB de, Santos JC. RPF: Revista Pesquisa em Fisioterapia. Rev Pesqui em Fisioter. 2018 Jan 10;8(1):x–x.
92. Caires MPKM. As principais alterações sistêmicas de interesse na Síndrome de Down: aspectos etiológicos, moleculares e clínicos. 2000.
93. Magalhães. H. C. G. ; Krahembull, S. M. B. ; Mariano MPK. Alterações sistêmicas de interesse odontológico na síndrome de Down. Rev Pós-Graduação. 199AD;6(3):218–21.
94. Molina-García A, Castellanos-Cosano L, Machuca-Portillo G, Posada-De La Paz M. Impact of rare diseases in oral health. Med Oral Patol Oral Cir Bucal Sep Med Oral Patol Oral Cir Bucal Sep Med Oral S L CIF B Med Oral Patol Oral Cir Bucal Sep. 2016;1212121(15):587–94.
95. Izumi K, Housam R, Kapadia C, Stallings VA, Medne L, Shaikh TH, et al. Endocrine phenotype of 6q16.1-q21 deletion involving SIM1 and Prader-Willi syndrome-like features. Am J Med Genet Part A. 2013 Dec;161(12):3137–43.
96. Cabral; Á, Lotufo Neto F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais - o DSM-5. Rev Bras Ter Comport e Cogn. 2014;16(1):67–82.
97. Qiao Y, Wu M, Feng Y, Zhou Z, Chen L, Chen F. Alterations of oral microbiota distinguish children with autism spectrum disorders from healthy controls. Sci Rep. 2018 Dec 25;8(1):1597.
98. Kumar A, Kothari M, Grigoriadis A, Trulsson M, Svensson P. Bite or brain: Implication of sensorimotor regulation and neuroplasticity in oral rehabilitation procedures. J Oral Rehabil. 2018 Apr 1;45(4):323–33.
99. AbdAllah EA, Metwalli NE, Badran AS. Effectiveness of a one year oral health educational and preventive program in improving oral health knowledge and oral hygiene practices of a group of Autistic Egyptian children and their caregivers. Futur Dent J. 2018 Feb 15.
100. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS Med. 2005 May;2(5):e141.

101. Corridore D, Guerra F, La Marra C, Di Thiene D, Ottolenghi L. Oral Health Status and Oral Health-Related Quality of Life in Italian Deinstitutionalized Psychiatric Patients. *Clin Ter.* 2017;168(2):e77–83.
102. Magdalena Giovani E, Vieira Caputo B, Ydania Andia-Merlin R, Correia Dos Santos C, Georgevich Neto R, Cristine Tarquinio Marinho K, et al. Oral Manifestation of Kaposi's Sarcoma in Patient with AIDS: Case Report. *Am J Clin Exp Med Am J Clin Exp Med.* 2017;5(6):205–8.
103. Cheah ALS, Pandey R, Daglish M, Ford PJ, Patterson S. A qualitative study of patients' knowledge and views of about oral health and acceptability of related intervention in an Australian inpatient alcohol and drug treatment facility. *Health Soc Care Community.* 2017 May 1;25(3):1209–17.
104. Frencken JE, Sharma P, Stenhouse L, Green D, Lavery D, Dietrich T. Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis - a comprehensive review. *J Clin Periodontol.* 2017 Mar 1;44 Suppl 1(S18):S94–105.
105. Chapple ILC, Bouchard P, Cagetti MG, Campus G, Carra M-C, Cocco F, et al. Interaction of lifestyle, behaviour or systemic diseases with dental caries and periodontal diseases: consensus report of group 2 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol.* 2017 Mar 1;44(S18):S39–51.
106. Albuquerque AFC, Kozmhinsky VMR, Guerra CARM, Rodrigues SS, Jamelli SR. Access to dental care among adolescents with heart disease. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.* 2017 17(1), 1-9.
107. Matsuyama Y, Aida J, Takeuchi K, Tsakos G, Watt RG, Kondo K, et al. Inequalities of dental prosthesis use under universal healthcare insurance. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014 Apr 1;42(2):122–8.
108. Devi S, Singh N. Dental care during and after radiotherapy in head and neck cancer. *Natl J Maxillofac Surg.* 2014;5(2):117.
109. Oliveira MA, Martins F, Asah, DA, Santos PSS, Gallottini M. Osteonecrose induzida por bisfosfonatos: relato de caso clínico e protocolo de atendimento. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.* 2018 59(1), 43-48.

110. Hong CHL, Hu S, Haverman T, Stokman M, Napeñas JJ, Braber JB, et al. A systematic review of dental disease management in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2018 Jan 22;26(1):155–74.
111. Azizi M, Mowlavi AA, Ghorbani M, Azadegan B, Akbari F. Dosimetric evaluation of scattered and attenuated radiation due to dental restorations in head and neck radiotherapy. *J Radiat Res Appl Sci*. 2017 Oct 31.
112. Padmini C, Bai KY. Oral and Dental Considerations in Pediatric Leukemic Patient. *ISRN Hematol*. 2014;2014:1–11.
113. Sandoval MJ, Zekeridou A, Spyropoulou V, Courvoisier D, Mombelli A, McLin V, et al. Oral health of pediatric liver transplant recipients. *Pediatr Transplant*. 2017 Nov 1;21(7):e13019.
114. Kumar J, Teoh SL, Das S, Mahakknaukrah P. Oxidative Stress in Oral Diseases: Understanding Its Relation with Other Systemic Diseases. *Front Physiol*. 2017 Sep 14;8:693.
115. Chapple ILC, Bouchard P, Cagetti MG, Campus G, Carra M-C, Cocco F, et al. Interaction of lifestyle, behaviour or systemic diseases with dental caries and periodontal diseases: consensus report of group 2 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol*. 2017 Mar 1;44(S18):S39–51.
116. Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, Finkelman MD, Yantsides KE, Park A, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc*. 2012 Aug;143(8):838–46.
117. Waldron C, MacGiolla Phadraig C, Nunn J, Comiskey C, Donnelly-Swift E, Guerin S, et al. Oral hygiene programmes for people with intellectual disabilities. Waldron C, editor. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr 6.
118. Roman-Torres CVG, Kussaba ST, Bantim YCV, de Oliveira R de BAA. Special Care Dentistry in a Patient with Prader–Willi Syndrome through the Use of Atraumatic Restorative Treatment under General Anesthesia. *Case Rep Dent*. 2017 Nov 28;2017:1–4.
119. Kim I, Kuk TS, Park SY, Choi Y, Kim HJ, Seo K-S. Prognosis following dental implant treatment under general anesthesia in patients with special needs. *J Dent Anesth Pain Med*. 2017 Sep 1;17(3):205.

120. Romero-Perez M, Mang-de la Rosa M, Lopez-Jimenez J, Fernandez-Feijoo J, Cutando-Soriano A. Implants in disabled patients: A review and update. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. 2014 Sep 1;19(5):e478–82.
121. Drisdale III JK, Thornhill MG, Vieira AR. Specific Central Nervous System Medications Are Associated with Temporomandibular Joint Symptoms. *Int J Dent*. 2017 Jul 16;2017:1–5.
122. Zusman SP, Ponizovsky AM, Dekel D, Masarwa A-S, Ramon T, Natapov L, et al. An assessment of the dental health of chronic institutionalized patients with psychiatric disease in Israel. *Spec Care Dent*. 2010 Jan 1;30(1):18–22.
123. Kim I, Kuk TS, Park SY, Choi Y, Kim HJ, Seo K-S. Prognosis following dental implant treatment under general anesthesia in patients with special needs. *J Dent Anesth Pain Med*. 2017 Sep 1;17(3):205.

APÊNDICE A - Entidades que apoiaram a aprovação da especialidade de Odontologia para PNE na II ANEO em 2001

		Entidades
1	APOBE	Associação Brasileira de Professores em Odontologia para Pacientes Especiais
2	CAPE-USP	Centro de Atendimento a Pacientes Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
3	GEAPE	Grupo de Estudos e Atendimento a Pacientes Especiais Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
4	APCD	Grupo de Estudos em Pacientes Especiais da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas
5		Associação Brasileira de Fissuras Palatinas
6		Centro de Reabilitação de Deformidades Faciais
7	UNIP	Núcleo Integrado de Atendimento ao Paciente Especial/ Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Paulista
8		Disciplina de Odontologia para Paciente Especial da Faculdade de Odontologia da Universidade Cruzeiro do Sul
9	UNIBAN	Disciplina de Odontologia para Paciente Especial da Faculdade de Odontologia da Universidade Bandeirantes
10	CAOE UNESP	Centro de Atendimento Odontológico ao Excepcional UNESP – Araçatuba
11	ABOPE	Associação Brasileira de Odontologia em Pacientes Especiais
12		Lar Escola São Francisco
13	AACD	Associação de Assistência à Criança Defeituosa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ESPECIALIDADE DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Paciente: _____

Por este instrumento de autorização, na qualidade de _____(pai, mãe ou responsável), responsável pelo paciente acima. Fui esclarecido(a) sobre os seguintes itens:

TRATAMENTO: realização dos atos necessários ao diagnóstico e/ou tratamento odontológico do menor sob minha responsabilidade, por intermédio das Dra. ANA LÚCIA APARECIDA BRONZO DE FREITAS, CRO 62378, e Dra. MARIA PATRICIA KAPICIUS MARIANO CAIRES, CRO 45.380, ambas C. Dentistas Especialistas em Pacientes com Necessidades Especiais do CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) da estância hidromineral de Poá, ficando claro que o diagnóstico e/ou tratamento serão realizados dentro dos princípios éticos, clínicos e científicos, concordando, portanto de antemão, com a orientação que for seguida pelas profissionais. Fui esclarecida da importância de todas as informações que forneci na primeira consulta, com história médica e odontológica do paciente. Declaro que estou ciente de que, como em qualquer procedimento odontológico ainda que realizado com indicação precisa e técnica adequada, pode haver complicações.

CONTENÇÃO FÍSICA: este método está indicado para pacientes que necessitem diagnóstico e/ou tratamento e são incapazes de cooperar pela falta de maturidade, problemas físicos e mentais, ou ainda quando outras técnicas de comportamento falharem. A imobilização parcial ou completa do paciente às vezes se faz necessária para proteger o paciente e/ou equipe de trabalho; seu objetivo é evitar ou reduzir a ocorrência de movimentos bruscos do paciente, podendo ser executada por Cirurgião-Dentista, auxiliares ou familiares, com ou sem auxílio de acessórios apropriados à técnica. A contenção física será utilizada apenas em casos estritamente necessários.

ATENDIMENTO MÉDICO EMERGENCIAL: autorizo que o serviço de transporte hospitalar (ambulância) seja acionado caso haja uma emergência médica antes, durante ou depois do atendimento odontológico.

RADIOGRAFIAS, FOTOGRAFIAS E GRAVAÇÕES: autorizo, ainda a realização de radiografias, fotos e exames e a utilização da documentação contida em meu prontuário para fins didáticos e científicos.

Poá, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do paciente, pai, mãe, tutor ou responsável e RG

APÊNDICE C - Ficha clínica do CEO – Poá

PREFEITURA DA ESTÂNCIA HIDROMINERAL DE POÁ
ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal de Saúde
Saúde Bucal

Ficha Clínica

Escola / Unidade de Saúde: _____ Série: _____
 Nome: _____ Nº: _____
 Sexo: F () M () Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____
 Endereço: _____ N.º _____ Bairro: _____
 Telefone: _____ Celular: _____ E-mail: _____
 Especialidade: Clín. Geral () Endod. () CBMF () Period. () Semiologia () Nec. Esp. ()

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28								
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65											
D								LINGUAL								E							
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75											
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38								

ANAMNESE

Enfermidades: Hepatite ☐ Anemia ☐ Pneumonia ☐ Bronquite ☐ Resfriados ☐ Amigdalite ☐ Asma ☐
 S. Hormonal ☐ S. Nervoso ☐ Epilepsia ☐ Outras _____

Atuais: _____

Alergias: Medicamentos _____ Alimentos _____

Teste Alérgico ☐ Quando _____ Por quê? _____ Resultado _____

Anestesia Local _____ Reação: _____

Medicação para alergia: _____

Já foi ao dentista? Sim ☐ Não ☐ Reação _____

Escovação: _____ vez (es) por dia Quando: _____

Hábitos: Chupeta ☐ Até _____ Dedo ☐ Até _____ Língua ☐ Até _____ Respiração Bucal ☐ Até _____

Risco de cárie		
Baixo Risco (9)	Baixo Moderado (10)	
A: Ausência de lesão de cárie. Sem placa, sem gengivite, sem mancha branca ativa	B: História de dente restaurado. Sem placa, sem gengivite, sem mancha branca ativa	C: Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica mas sem placa, sem gengivite e/ou mancha branca ativa.
Alto Risco (11)		
D: Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado mas com presença de placa, de gengivite e/ou mancha branca ativa.	E: Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda.	F: Presença de dor e/ou abscesso.

APÊNDICE D – Ficha de Anamnese – História Médica – CEO-Poá

PREFEITURA DA ESTÂNCIA HIDROMINERAL DE POÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
 Secretaria Municipal de Saúde
 Saúde Bucal

CEO - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

NOME: _____

DATA ____/____/____

Profissional: _____

HISTÓRIA MÉDICA

▪ Está sendo submetido a tratamento médico? ☐ sim ☐ não

Especificar _____

▪ Já realizou tratamento médico prolongado? ☐ sim ☐ não

Especificar _____

▪ Alguma vez já foi hospitalizado? ☐ sim ☐ não

Especificar _____

▪ Está tomando algum medicamento? ☐ sim ☐ não

Especificar _____

▪ Tem alergia a algum medicamento? ☐ sim ☐ não

Especificar _____

▪ Já recebeu anestesia para tratamento odontológico? ☐ sim ☐ não

▪ Sentiu-se mal durante a mesma? ☐ sim ☐ não

Descreva: _____

▪ Tem alguma discrasia sanguínea? ☐ sim ☐ não

Especificar _____

▪ Tem problema quanto à pressão arterial? ☐ sim ☐ não

Pressão aferida: _____ Data: ____/____/____

▪ Sofre de algum problema cardiovascular? ☐ sim ☐ não

Especificar _____

▪ Sofre de algum problema no estômago? ☐ sim ☐ não

Especificar _____

▪ Sofre de algum problema hepático? ☐ sim ☐ não

Especificar _____

- Sofre de algum problema respiratório? ☐ sim ☐ não

Especificar _____

- Sofre de algum problema renal? ☐ sim ☐ não

Especificar _____

- Tem Diabetes? ☐ sim ☐ não

- Sofre de algum problema de ordem endócrina? ☐ sim ☐ não

Especificar _____

- Já sofreu convulsão? ☐ sim ☐ não

Especificar _____

- É gestante? ☐ Sim _____ ☐ Não ☐ Não se aplica

- Faz uso de álcool ou cigarro? ☐ sim ☐ não

Especificar _____

- Algum outro fator de saúde relevante? ☐ sim ☐ não

Especificar _____

Observações adicionais: _____

Eu, _____, declaro que as informações acima, são verdadeiras. Declaro também que recebi explicações sobre o significado deste questionário e compreendi o conteúdo de todas as perguntas. Assim sendo, assino abaixo:

Assinatura (Paciente)

APÊNDICE E - Formulário eletrônico (Epi Info7.0)

Centers for Disease Control and Prevention
CDC 24/7: Saving Lives, Protecting People™

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PNE E DO ATENDIMENTO NO CEO - POÃ	
ano 1ª cons. <input type="text"/>	idade <input type="text"/> gênero ☐ F ☐ M
âmbito do atendimento odontológico ☐ ambulatorial ☐ domiciliar ☐ hospitalar	
☐ trat finaliz?	
Classificação PNE segundo diagnóstico principal <ul style="list-style-type: none"> ☐ 1. Deficiência mental ☐ 2. Deficiência física (PC; AVC; outros) <input type="text"/> ☐ 3. Anomalias congênitas (Down, outras síndromes?) <input type="text"/> ☐ 4. TEA qual TEA? <input type="text"/> ☐ 5. Distúrbios psiquiátricos (qual dq psiq?) <input type="text"/> ☐ 6. Distúrbios sensoriais e de comunicação ☐ 7. Doenças sistêmicas qual dq sist? <input type="text"/> ☐ 8. Doenças infectocontagiosas (hepat, HIV, tuberc) <input type="text"/> ☐ 9. Condições sistêmicas (irrad, transp, oncol, imunocomp) <input type="text"/> ☐ 0. Diagnóstico indefinido 	Procedimentos odontológicos <ul style="list-style-type: none"> ☐ Condicionamento ☐ Radiografia panorâmica ☐ Radiografia periapical ☐ Aplicação tópica de flúor ☐ Selantes ☐ Orientação escovação ☐ Periodontia ☐ Dentística ☐ Exodontias ☐ Cirurgia bucomaxilo ☐ Endodontia ☐ Prótese
História médica e odontológica progressa <ul style="list-style-type: none"> ☐ Está sendo submetido a tratamento médico? ☐ Já foi hospitalizado? ☐ Alergia medicamentosa? ☐ Já recebeu anestesia odontológica? ☐ Sentiu-se mal durante a mesma? ☐ Discrasia sanguínea? ☐ Hipertensão arterial? ☐ Alteração cardiovascular? ☐ Distúrbios gástricos ☐ Alterações hepáticas? ☐ Doenças respiratórias? ☐ Alterações renais? ☐ Diabetes mellitus ? ☐ Alterações endócrinas? ☐ Convulsões? ☐ Etílica ? ☐ Tabagista? 	

APÊNDICE F - Quantidade de tipos de procedimentos odontológicos associados à diagnóstico, e história médica pregressa

Distribuição do número de procedimentos odontológicos segundo grupo de diagnóstico e gênero dos pacientes estudados

		Procedimentos odontológicos			Valor de p
	n	Até 3	Entre 4 e 6	Mais de 6	
		procedimentos	procedimentos	procedimentos	
		n (%)	n (%)	n (%)	
<i>Diagnóstico</i>					
<i>PNE</i>					
Grupo 1	59	30 (50,8%)	24 (40,7%)	5 (8,5%)	0,900
Grupo 2	83	44 (53,0%)	34 (41,0%)	5 (6,0%)	0,586
Grupo 3	34	17 (50,0%)	14 (41,2%)	3 (8,8%)	0,957
Grupo 4	14	8 (57,1%)	3 (21,4%)	3 (21,4%)	0,081
Grupo 5	42	17 (40,5%)	20 (47,6%)	5 (11,9%)	0,441
Grupo 6	12	6 (50,0%)	6 (50,0%)	0	0,572
Grupo 7	162	78 (48,1%)	73 (45,1%)	11 (6,8%)	0,733
Grupo 8	17	8 (47,1%)	7 (41,2%)	2 (11,8%)	0,848
Grupo 9	28	12 (42,9%)	13 (46,4%)	3 (10,7%)	0,772
Grupo 10	46	21 (45,7%)	22 (47,8%)	3 (6,5%)	0,797
<i>Gênero</i>					0,109
Feminino	243	106 (43,6%)	114 (46,9%)	23 (9,5%)	
Masculino	250	132 (52,8%)	101 (40,4%)	17 (6,8%)	

Fonte: a autora

Distribuição dos tipos de procedimentos odontológicos, segundo o grupo diagnóstico dos pacientes estudados

Fonte : a autora

Distribuição do número de procedimentos odontológicos segundo história médica pregressa dos pacientes estudados

	n	Procedimentos odontológicos			Valor de p
		Até 3 procedimentos n (%)	Entre 4 e 6 procedimentos n (%)	Mais de 6 procedimentos n (%)	
<i>Alergia medicamentosa</i>					0,483
Não	417	205 (49,2%)	181 (43,4%)	31 (7,4%)	
Sim	80	36 (45,0%)	35 (43,8%)	9 (11,2%)	
<i>Discrasia sanguínea</i>					0,719
Não	471	228 (48,4%)	204 (43,3%)	39 (8,3%)	
Sim	26	13 (50,0%)	12 (46,2%)	1 (3,8%)	
<i>Hipertensão arterial</i>					0,798
Não	314	153 (48,7%)	134 (42,7%)	27 (8,6%)	
Sim	183	88 (48,1%)	82 (44,8%)	13 (7,1%)	
<i>Alteração cardiovascular</i>					0,126
Não	383	194 (50,7%)	157 (41,0%)	32 (8,4%)	
Sim	114	47 (41,2%)	59 (51,8%)	8 (7,0%)	
<i>Distúrbio gástrico</i>					0,102
Não	384	195 (50,8%)	157 (40,9%)	32 (8,3%)	
Sim	113	46 (40,7%)	59 (52,2%)	8 (7,1%)	
<i>Alterações hepáticas</i>					0,176
Não	482	237 (49,2%)	206 (42,7%)	39 (8,1%)	
Sim	15	4 (26,7%)	10 (66,7%)	1 (6,7%)	
<i>Doença respiratória</i>					0,794
Não	328	162 (49,4%)	139 (42,4%)	27 (8,2%)	
Sim	169	79 (46,7%)	77 (45,6%)	13 (7,7%)	
<i>Alterações renais</i>					0,534
Não	458	224 (48,9%)	196 (42,8%)	38 (8,3%)	
Sim	39	17 (43,6%)	20 (51,3%)	2 (5,1%)	
<i>Diabetes mellitus</i>					0,679
Não	408	195 (47,8%)	181 (44,4%)	32 (7,8%)	
Sim	89	46 (51,7%)	35 (39,3%)	8 (9,0%)	
<i>Alterações endócrinas</i>					0,949
Não	451	218 (48,3%)	197 (43,7%)	36 (8,0%)	
Sim	46	23 (50,0%)	19 (41,3%)	4 (8,7%)	
<i>Convulsões</i>					0,829
Não	380	182 (47,9%)	168 (44,2%)	30 (7,9%)	
Sim	117	59 (50,4%)	48 (41,0%)	10 (8,5%)	

<i>Consumo</i>	<i>de</i>					0,228
<i>tabaco</i>						
Não	453	221 (48,8%)	193 (42,6%)	39 (8,6%)		
Sim	44	20 (45,5%)	23 (52,3%)	1 (2,3%)		
<i>Consumo</i>	<i>de</i>					0,594
<i>álcool</i>						
Não	421	208 (49,4%)	179 (42,5%)	34 (8,1%)		
Sim	76	33 (43,4%)	37 (48,7%)	6 (7,9%)		

ANEXO A - Autorização para a pesquisa pelo CEO da Estância Hidromineral de Poá

PREFEITURA DA ESTÂNCIA HIDROMINERAL DE POÁ
Secretaria Municipal da saúde
Endereço: Rua Barão de Juparaná, 43 JD. Medina – CEP: 08556-230
CNPJ: 55.021.455/0001-85 Fone: 011 4636-3200

Poá, 24 de outubro de 2016.

AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Autorizo que o projeto **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS E DO ATENDIMENTO NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DA ESTÂNCIA HIDROMINERAL DE POÁ – SP**, seja efetuado nesta unidade CEO-POÁ.

Estou ciente que este estudo fará parte da tese de Doutorado, com área de concentração em Patologia oral e Maxilofacial e Pacientes Especiais, da pesquisadora **MARIA PATRICIA KAPICIUS MARIANO CAIRES**, com orientação do professor Dr. **FÁBIO DAUMAS NUNES**, a qual será apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP).

Fui comunicada que o objetivo deste trabalho é fazer um levantamento epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais do CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) da estância hidromineral de Poá, no período de janeiro 2011 a dezembro de 2016.

Serão avaliados todos os prontuários de PNE, para classifica-los segundo o diagnóstico principal. Eles também serão distribuídos segundo a faixa etária, sexo e história médica atual e pregressa, que afetam a conduta e manejo dos cirurgiões dentistas neste tipo de atendimento. Os procedimentos odontológicos realizados no primeiro tratamento também serão estudados. Os dados destes prontuários já foram preenchidos no prontuário físico do CEO-POÁ, pelas 2 especialistas em pacientes com necessidades especiais, durante a anamnese e exame clínico.

Os dados serão transportados para o formulário eletrônico apenas pela pesquisadora citada.

Na coleta de dados, não haverá acesso à identificação pessoal, para preservar o sigilo nas informações fornecidas pelo paciente. Os pacientes não serão convocados para confirmação de dados em hipótese alguma. A pesquisa envolverá apenas informações já contidas nos prontuários arquivados no CEO-POÁ, e não haverá disponibilização de informações confidenciais dos pacientes.

Drª Regiane de S. Carlini
Coordenadora de Saúde Bucal

Dr. Maria Patricia Kapicius Mariano Caires
Cirurgião Dentista - Poá
ESP - PAC. ESPECIAIS
CRO 145390

PREFEITURA DA ESTÂNCIA HIDROMINERAL DE POÁ
Secretaria Municipal da saúde

Endereço: Rua Barão de Juparaná, 43 JD. Medina – CEP: 08556-230
 CNPJ: 55.021.455/0001-85 Fone: 011 4636-3200

Como a pesquisadora é também uma das especialistas contratadas pela prefeitura para atender pacientes com necessidades especiais no CEO-POÁ, fica claro que esse levantamento dos prontuários será efetuado fora do horário de trabalho, e sem ônus para essa prefeitura.

Estou ciente também, que os resultados deste estudo, além de estar contido na tese de doutorado, serão publicados em revistas científicas médica e odontológica.

Este projeto será submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para a qual esta autorização é imprescindível.

Drª Regiana de S. Carlini
 Coordenadora de Saúde Bucal

Dra. REGIANA DE SOUSA CARLINI

Diretora Técnica de Saúde Bucal da Prefeitura da Estância Hidromineral de Poá-SP

Maria Patricia K. M. Caíres
 MARIA PATRICIA KAPICIUS MARIANO CAIRES

Cirurgiã Dentista Especialista II em Pacientes com Necessidades Especiais – CEO-POÁ

Doutoranda em Patologia Oral e Maxilofacial e Pacientes Especiais - FOUSP

Dra. Maria Patricia K. M. Caíres
 Cirurgiã Dentista-Poá
 ESP. PAC. ESPECIAIS
 CRO: 45380

ANEXO B – Aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa : Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais no centro de especialidades odontológicas da estância hidromineral de Poá

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA USP - SÃO
PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais no centro de especialidades odontológicas da estância hidromineral de Poá

Pesquisador: Fabio Daumas Nunes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71943617.8.0000.0075

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.201.784

Apresentação do Projeto:

O presente estudo será observacional descritivo retróspetivo, com uma amostra de 678 prontuários físicos, de PNE que foram atendidos pelas CD especialistas da área, no CEO-Poá, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016. Os prontuários físicos serão revistos, e os dados demográficos compilados para o formulário eletrônico que foi desenvolvido especialmente para este estudo (Anexo C). Após avaliação estatística, será possível verificar se há relação entre diagnóstico principal, idade, gênero, âmbito do atendimento, história médica e necessidades odontológicas dos pacientes com necessidades especiais.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo desse trabalho é verificar o perfil dos pacientes com necessidades especiais na Estância Hidromineral de Poá e relacionar com suas necessidades odontológicas, atendidos no CEO-Poá, de janeiro de 2011 a dezembro de 2016. Além disso, visa-se Verificar se as necessidades odontológicas dos pacientes foram influenciadas pela idade, âmbito de atendimento, finalização do tratamento, grupo pertencente, quantidade de medicação utilizada, ou história médica e odontológica pregressa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não haverá riscos diretos para os participantes, uma vez que serão seguidas normas éticas de

Endereço: Av Prof. Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA USP - SÃO
PAULO

Continuação do Parecer: 2.201.784

proteção e sigilo de informações pessoais e de identidade dos pacientes estudados. Os benefícios também serão indiretos visam estabelecer protocolos para suprir as necessidades odontológicas de cada categoria de PNE, visando promoção da saúde dessa grupo de pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa envolve coleta de dados secundários e apresenta-se delimitada dentro dos preceitos éticos. Cronograma adequado prevendo o início do estudo em outubro de 2017.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Além da folha de rosto devidamente preenchida e assinada, foi apresentada a autorização do centro em que os dados serão coletados, fazendo menção sobre o cuidado com a guarda de sigilo da identidade dos participantes.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar Notificação" (descrita no Manual "Submeter Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site www.saude.gov.br/plataformabrasil).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

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_P ROJETO_839574.pdf	26/07/2017 16:45:16		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	assinadaautorizpoa.pdf	26/07/2017 16:44:51	MARIA PATRICIA KAPICIUS MARIANO CAIRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETOPNEFOUSP.pdf	26/07/2017 16:42:23	MARIA PATRICIA KAPICIUS MARIANO	Aceito

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA USP - SÃO
PAULO

Continuação do Parecer: 2.201.784

Investigador	PROJETOPNEFOUSP.pdf	26/07/2017 16:42:23	CAIRES	Aceito
Folha de Rosto	PNE_2017.pdf	17/07/2017 09:16:20	Fabio Daumas Nunes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 04 de Agosto de 2017

Assinado por:

Maria Gabriela Haye Biazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

ANEXO C – Aceite e publicação do artigo científico em revista internacional

SUBMISSION

Authors	Patricia Kapicius, Fabio Daumas Nunes, Marcel Lautenschlager Arriaga, Ana Lúcia Aparecida Bronzo de Freitas, João Jurandir Simões Júnior, Regiana de Souza Carlini
Title	Uso de próteses removíveis em pacientes com necessidades especiais: risco associado ao diagnóstico
Original file	None
Supp. files	<u>141228-276729-1-SP.DOCX</u> 2017-12-04 <u>141228-276757-1-SP.DOCX</u> 2017-12-04 <u>141228-276758-1-SP.DOCX</u> 2017-12-04
Submitter	Senhora MARIA PATRICIA KAPICIUS MARIANO CAIRES
Date submitted	December 4, 2017 - 05:54 PM
Section	Original Research
Editor	Suzana Sousa
Abstract Views	6

Status Published 2018

Initiated 2018-02-22

Last modified 2018-02-22

SUBMISSION METADATA

AUTHORS

Name Patricia Kapicius

Affiliation Universidade de São Paulo

Country Brazil

Competing interests [CI POLICY](#) —

Bio Statement
Departamento de Patologia Oral e
Maxilofacial, Faculdade de Odontologia,
Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Principal contact for editorial correspondence.

Name Fabio Daumas Nunes

Affiliation Universidade de São Paulo

Country Brazil

Competing interests [CI POLICY](#) —

Bio Statement
Disciplina de Patologia Bucal, Faculdade de
Odontologia, Universidade de São Paulo, São
Paulo, SP, Brasil

Name Marcel Lautenschlager Arriaga

Affiliation Universidade Federal da Bahia

Country —

Competing interests [CI POLICY](#) —

Bio Statement

Faculdade de Odontologia, Universidade
Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil

Name Ana Lúcia Aparecida Bronzo de Freitas

Affiliation Centro de Especialidades Odontológicas da
Estância
Hidromineral de Poá

Country Brazil

Competing interests [CI POLICY](#) —

Bio Statement

Centro de Especialidades Odontológicas da
Estância Hidromineral de Poá, Poá, SP, Brasil

Name João Jurandir Simões Júnior

Affiliation Centro de Especialidades Odontológicas da
Estância
Hidromineral de Poá

Country —

Competing interests [CI POLICY](#) —

Bio Statement

Centro de Especialidades Odontológicas da
Estância Hidromineral de Poá, Poá, SP, Brasil

Name Regiana de Souza Carlini

Affiliation Secretaria da Saúde da Estância Hidromineral de
Poá

Country —

Competing interests [CI POLICY](#) —

Bio Statement

Secretaria da Saúde da Estância
Hidromineral de Poá, Poá, SP, Brasil

TITLE AND ABSTRACT

Title Uso de próteses removíveis em pacientes com necessidades especiais: risco associado ao diagnóstico

Abstract

Objectives: To evaluate variables associated with the need of denture by patients with special needs attending the Dental Specialty Center (DSC) in Poá, São Paulo, Brazil. *Materials and methods:* The total sample consisted of 514 patients, treated at the DSC-Poá, and the dependent variable was need of denture established between January 2011 and December 2016. The analyzed variables were gender, age, main diagnosis, amount of medication used, and behavioral aspects. The physical records were compiled to an electronic form specially developed for this study. Data were tabulated and analyzed. *Results:* Eighty-eight patients (17.11%) were referred to prosthetic rehabilitation. The female gender prevailed and the need for denture increased with age, in a similar manner as in the general population. Main diagnosis was a relevant variable, with the majority (47.72%) presenting systemic alterations, followed by physical deficiency (18.18%) and psychiatric disorders (11.36%). Regarding the behavior, all individuals were attended as outpatients, the majority (71.59%) had already received anesthesia in previous treatments, and only 7.95% required psychological conditioning. Most of the patients with special needs (89.77%) came to receive and use the prostheses. *Conclusions:* Main diagnosis and behavioral profile variables influenced the denture indication for those patients at the DSC-Poá. Gender and age also influence indication, as seen in the general population. This study may guide the implementation of projects both in private and public sectors.

INDEXING

Academic Dentistry
discipline and
sub-
disciplines

Keywords Prostheses; Diagnosis; Diseases; Special Needs Care; Dental Treatment; Odontology

Language pt

SUPPORTING AGENCIES

Agencies —

ISSN: 2357-8041