

**MARCELA CRISTINA DA LUZ PONTES**

**Tratamento endodôntico em indivíduos com deficiência  
intelectual e do desenvolvimento**

São Paulo

2022



**MARCELA CRISTINA DA LUZ PONTES**

**Tratamento endodôntico em indivíduos com deficiência  
intelectual e do desenvolvimento**

**Versão Corrigida**

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

Área de concentração: Patologia Oral e Maxilofacial e Pacientes Especiais

Orientador: Profa. Dra. Marina Helena Cury Gallottini

São Paulo

2022

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

---

Pontes, Marcela Cristina da Luz.

Tratamento endodôntico em indivíduos com deficiência intelectual e do desenvolvimento / Marcela Cristina da Luz Pontes; orientador Marina Helena Cury Gallottini. -- São Paulo, 2022.  
89 p. : tab. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- 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. Estudo observacional. 2. Odontologia. 3. Deficiência intelectual e do desenvolvimento. 4. Tratamento endodôntico. I. Gallottini, Maria Helena Cury. II. Título.

Pontes MCL. Tratamento endodôntico em indivíduos com deficiência intelectual e do desenvolvimento. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 06 / 02 / 2023

**Banca Examinadora**

Profa. Dra. Fabiana Mesquita Barros

Instituição: Universidade Anhanguera

Julgamento: Aprovada

Profa. Dra. Nathalie P. M. de Rezende

Instituição: Universidade de São Paulo - USP

Julgamento: Aprovada

Prof. Dr. José Reynaldo Figueiredo

Instituição: Universidade de São Paulo - USP

Julgamento: Aprovada



**Dedico esse trabalho aos meus filhos Ivan e Thales e aos sobrinhos Yasmin e Celso, para os quais quero deixar o bom exemplo da importância de continuar estudando independente das dificuldades.**





## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço à minha família, Dario, Ivan e Thales pela paciência e apoio em todos os momentos que não pude me dedicar integralmente a vocês durante a realização e conclusão desse trabalho. Vocês foram sempre minha inspiração e o motivo para continuar.

Aos meus pais Madeleine e Fernando por serem minha base na vida, por todos os valores passados, por acreditarem e me apoiarem em inúmeras situações ao longo desse processo. Sem vocês eu não teria conseguido.

À minha orientadora Profa. Dra. Marina Gallotinni, que ajudou na elaboração e realização desse projeto, sempre apoiando minhas ideias e me motivando intelectualmente e pessoalmente. Obrigada por me incentivar a cursar o mestrado, por me ensinar tanto sobre OPNE e por acreditar em mim até nos momentos que nem eu mesma acreditava. Você foi e sempre será meu exemplo profissional e uma grande amiga.

Ao Prof. Ruy Hizatugu e equipe Endo Sessão Única por me ensinarem tudo que sei sobre endodontia e pelo meu desenvolvimento e amor pela docência obtido através do convívio com vocês ao longo dos anos.

A todos os dentistas e estagiários do CAPE, em especial o Grupo de Endodontia, pelo lindo trabalho desenvolvido, pela parceria e pelos momentos de alegria e amizade. Tenho muito carinho por todos.

Aos funcionários do CAPE, Gilmara, Sandra, Rafael, Jeane, Selma e Andressa que não medem esforços para nós ajudar em todos os momentos, tanto durante o atendimento dos pacientes, como na coleta de dados dos prontuários.

À minha amiga Ana Carolina Corazza por estar comigo durante toda a coleta de dados dessa pesquisa, por me apoiar e confortar nos momentos difíceis, sempre me motivando com suas palavras de carinho.

À colega e amiga Fabiana Mesquita, que idealizou o grupo de endodontia do CAPE e, junto a mim, tornou esse projeto possível.

Às minhas amigas Fabiana Martins, Nathalie, Wallena, Patrícia, Milena, Christiane, Nilce, Aline, Nathalia e Gabriella que sempre me ajudaram em todos os momentos e tornaram cada momento mais leve e divertido.

A CAPES por fornecer minha bolsa para a realização deste trabalho

*" Um ato aleatório de bondade, por menor que seja, pode ter um tremendo impacto na vida de outra pessoa"*

Roy T. Bennett



## RESUMO

Pontes MCL. Tratamento endodôntico em indivíduos com deficiência intelectual e do desenvolvimento [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Versão Corrigida.

Pessoas com deficiência intelectual e do desenvolvimento (DID) geralmente apresentam piores condições de higiene oral e maior incidência de doenças orais como cárie, infecção pulpar e doença periodontal. As razões apontadas são inúmeras, incluindo a dificuldade no acesso aos serviços de saúde na rede pública e privada que por sua vez estão relacionadas a limitações financeiras, escassez de profissionais que se dedicam ao atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais, e a própria complexidade do tratamento odontológico necessário. Existe uma percepção comum entre os cirurgiões-dentistas de que as condições sistêmicas e comportamentais de indivíduos com DID serão impeditivas para realização do tratamento endodôntico e frequentemente os profissionais optam pela indicação de exodontia em detrimento da terapia endodôntica seguida da restauração. No entanto não existem dados científicos que suportem essa percepção. A proposta desse estudo foi avaliar a possibilidade de realização do tratamento endodôntico, suas características e o índice de sucesso imediato, bem como as dificuldades e intercorrências mais comuns observadas durante o tratamento endodôntico em pacientes com DID. Para isso, foram coletados dados dos prontuários de 98 pacientes com DID indicados para tratamento endodôntico de 131 dentes atendidos no Centro de Atendimentos a Pacientes Especiais da FOU SP (CAPE\_FOU SP) pelo grupo de especialistas em endodontia. Os dados demográficos, dados comportamentais e características dos tratamentos endodônticos foram coletados. Nossos resultados mostraram que 68,7% dos tratamentos indicados foram realizados, sendo que, 72% em uma única sessão. Dos 31,3% dos casos não foram finalizados por falta de indicação ou impossibilidade técnica e apenas 9 casos (6,9%) em 8 pacientes (8,2%) foram impossibilitados pelo comportamento não colaborativo. Nos 14,5% que apresentaram comportamento não colaborativo e 17,3% pacientes com colaboração limitada, foram aplicadas técnicas de condicionamento de forma eficaz e o tratamento

necessário conduzido. Nos demais, o tratamento endodôntico foi contraindicado pelo especialista uma vez que não se tratava patologia endodôntica. Concluímos que A DID não foi considerada um impeditivo para realização do tratamento endodôntico em ambulatório; a maioria das dificuldades de colaboração por parte dos indivíduos com DID durante o tratamento endodôntico foram controladas com técnicas de condicionamento.

Palavras-chave: Estudo Observacional. Odontologia. Deficiência intelectual e do desenvolvimento. Tratamento endodôntico.

## ABSTRACT

Pontes MCL. Endodontic treatment in individuals with intellectual and developmental disabilities [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Versão Corrigida.

People with intellectual and developmental disabilities (IDD) generally have worse oral hygiene conditions and a higher incidence of oral diseases such as caries, pulp infection and periodontal disease. The reasons are extensive. For instance, the difficulty in accessing public or private health care which in turn are related to financial limitations, shortage of professionals dedicated to the dental care of patients with special needs and the very complexity of the process necessary for dental health treatment. There is a common perception among dentists that the systemic and behavioral conditions of individuals with IDD will suppress them from performing endodontic treatment. Professionals usually choose to indicate extraction to the detriment of endodontic therapy followed by restoration. However, there is no scientific data to support this approach. The purpose of this study was to evaluate the possibility of performing endodontic treatment, its characteristics and the immediate success rate as well as the most common difficulties and complications observed in patients with IDD during endodontic treatment. For such a purpose, data were collected from the medical records of 98 patients with IDD indicated for endodontic treatment of 131 teeth treated at the FOU SP Special Patient Care Center (CAPE\_FOU SP) by the group of endodontic specialists. Demographic data, behavioral data and characteristics of endodontic treatments were collected. Results showed that 68.7% of the indicated treatments were performed, with 72% in a single session. Of the 31.3% of unfinished cases, due to lack of indication or technical impossibility, and only 9 cases (6.9%) in 8 patients (8.2%) were inhibited by non-collaborative behavior. 14.5% who showed non-collaborative behavior and 17.3% patients with limited collaboration, conditioning techniques were applied effectively, and the necessary treatment conducted. In other patients, endodontic treatment was contraindicated by the specialist since it was not endodontic disease. All arguments considered; IDD was not considered an impediment for performing endodontic treatment in an outpatient setting. Most of the difficulties of

collaboration on the part of individuals with IDD during endodontic treatment were controlled with conditioning techniques.

Keywords: Observational Study. Dentistry. Intellectual and developmental disabilities. Endodontic treatment.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 -	Dados demográficos dos 98 pacientes cujos prontuários foram incluídos neste estudo.....	48
Tabela 5.2 -	Doença ou condição de base apresentada na anamnese pelos pacientes do CAPE.....	49
Tabela 5.3 -	Síndromes de mal formação congênita descritas.....	50
Tabela 5.4 -	Doença ou comorbidades apresentadas nos 98 prontuários.....	50
Tabela 5.5 -	Nível de Deficiência Intelectual e do desenvolvimento relatada nos prontuários.....	51
Tabela 5.6 -	Descrição da capacidade motora e de comunicação descrita na anamnese dos prontuários dos pacientes do CAPE.....	52
Tabela 5.7 -	Correlação entre nível de DID e capacidade motora.....	52
Tabela 5.8 -	Correlação entre nível de DID e capacidade de comunicação.....	53
Tabela 5.9 -	Características comportamentais relatadas na anamnese nos prontuários dos pacientes.....	53
Tabela 5.10 -	Dentes indicados para endodontia de acordo com o grupo anatômico.....	55
Tabela 5.11 -	Motivo do encaminhamento e diagnóstico pulpar dos dentes indicados para tratamento endodôntico.....	56
Tabela 5.12 -	Correlação entre presença de dor e colaboração.....	58
Tabela 5.13 -	Qualidade do tratamento e falhas observadas nos tratamentos finalizados.....	60



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
APA	American Psychiatric Association
CAPE	Clínica de Atendimento à Pacientes Especiais
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CIF	Classificação internacional de funcionalidade
DID	Deficiência Intelectual e do desenvolvimento
DSM	Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais
IASSIDD	International Association for the Scientific Study of Intellectual and Developmental
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
N/D	Não Descrito
NiTi	Níquel titânio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPNE	Odontologia para pacientes com necessidades especiais
QI	Quociente de inteligência
TEA	Transtorno do espectro autista



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	21
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	25
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b>	37
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	39
4.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	39
4.2	OPERADORES	39
4.3	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO	40
4.4	COLETA DE DADOS	41
<b>4.4.1</b>	<b>Pacientes</b>	42
<b>4.4.2</b>	<b>Tratamento Endodôntico</b>	43
<b>4.4.3</b>	<b>Pós-operatório imediato</b>	44
4.5	PROCESSAMENTO DOS DADOS	45
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	47
5.1	PERFIL DOS PACIENTES	47
<b>5.1.1</b>	<b>Dados demográficos</b>	47
<b>5.1.2</b>	<b>Histórico médico</b>	48
<b>5.1.3</b>	<b>Capacidades Físicas e comportamentais</b>	51
5.2	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	54
<b>5.2.1</b>	<b>Características dos dentes indicados para endodontia</b>	54
<b>5.2.2</b>	<b>Diagnóstico pulpar</b>	55
<b>5.2.3</b>	<b>Comportamento e manejo do Paciente frente ao tratamento</b>	57
<b>5.2.4</b>	<b>Tratamentos não realizados ou não finalizados</b>	58
<b>5.2.5</b>	<b>Tratamentos endodônticos finalizados</b>	59
5.3	PÓS- OPERATÓRIO	60
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	61
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	69
	<b>REFERENCIAS</b>	71
	<b>APENDICES</b>	83
	<b>ANEXOS</b>	85



## 1 INTRODUÇÃO

A deficiência intelectual e do desenvolvimento (DID) impõem desafios à odontologia e à manutenção da saúde oral. A condição motora deficiente e alterações músculo esqueléticas presentes nas pessoas com DID prejudicam a eficiência da higiene oral. (1)

A DID pode ser caracterizada como o funcionamento cognitivo que não esteja na média esperada.(2)(3)

Deficiência intelectual é considerada um distúrbio do desenvolvimento neurológico. Neste texto adotaremos o termo deficiência intelectual e de desenvolvimento (DID), conforma a quinta revisão do DSM-5 da APA e a OMS na 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), para expressar os distúrbios de neurodesenvolvimento. Tais condições neurológicas aparecem precocemente na infância, geralmente antes da idade escolar, e prejudicam o desenvolvimento do funcionamento pessoal, social, acadêmico e/ou profissional. Normalmente envolvem dificuldades na aquisição, retenção ou aplicação de habilidades ou conjuntos de informações específicas.(4)(5)

A deficiência intelectual e do desenvolvimento (DID) é definida como atraso ou déficit cognitiva e limitações do indivíduo na execução de diversas atividades mentais, incluindo aprendizado, raciocínio lógico, habilidades verbais, criatividade e outras. Além de envolver disfunções em um ou mais dos seguintes fatores: atenção, memória, percepção, linguagem, resolução de problemas ou interação social. Outros distúrbio do desenvolvimento neurológico comuns incluem: déficit de atenção/hiperatividade, distúrbios do espectro do autismo e distúrbios de aprendizagem (p. ex., dislexia).(6) Essa condição é considerada de origem multifatorial, podendo se manifestar em consequência de alterações genéticas, alterações metabólicas decorrentes de doenças sistêmicas, fatores externos (complicações no parto, desnutrição, infecções, alcoolismo fetal, entre outros) e parte dos casos não apresentam causa conhecida.(7)

Testes padronizados específicos são aplicados para medir o funcionamento intelectual (teste de QI) e a partir deles pode-se determinar o grau de desempenho neurológico, cognitivo e psicológico do indivíduo em relação ao esperado e a DID pode ser classificada como leve, moderada ou severa de acordo com o grau de comprometimento.(3)(2)

Constantemente a DID está associada a uma variedade de outras alterações de ordem musculoesquelética, metabólica e psicológica, que dificultam o autocuidado com a saúde oral e levam a dependência de terceiros para alimentação, manutenção da higiene, o que facilita a instalação de doenças orais como cárie e doença periodontal, dentre outras.(8)

Apesar da lei brasileira garantir os direitos das pessoas com deficiência ao acesso amplo aos tratamentos odontológicos, na prática esse atendimento é escasso e ineficaz.(9)(10) As características e necessidades especiais das pessoas com DID exigem, do centro de saúde e dos profissionais envolvidos, maiores adaptações na acessibilidade, abordagem e manejo durante o atendimento. De forma que, grande parte dos cirurgiões dentistas se sentem inseguros e despreparados para executar o atendimento. A escassez de cirurgiões dentistas qualificados leva a necessidade de locomoção para locais mais distantes e eleva os custos do tratamento. Assim, o alto custo e dificuldades no transporte e locomoção passam a representar barreiras importantes no acesso às consultas para prevenção e tratamento das doenças bucais.(1)

Estas barreiras são ainda maiores quando há necessidade de tratamentos odontológicos de execução mais complexa ou demorada, como por exemplo, o tratamento endodôntico. Quando existe a indicação desse tratamento específico, frequentemente os pacientes são encaminhados para tratamentos mais radicais e mutiladores, como a exodontia.(11)(12) A literatura demonstra que essa conduta ocorre devido a convicção de alguns profissionais de que a baixa colaboração do paciente e dificuldades no manejo são impeditivos para a realização de terapias como a endodontia.(13)(14)(15) A falta de capacitação e estudos sobre o tema perpetuam esse pensamento ao longo das gerações de profissionais. (13)(16)



A perda desnecessária, e muitas vezes precoce, de dentes impacta de forma negativa na saúde física e psicossocial dos indivíduos com DID, tanto pela perda de função mastigatória e alterações ortognáticas, como por piora nas relações sociais e autoestima.(17)(18)

Novos equipamentos e avanços tecnológicos foram incorporados ao arsenal clínico possibilitam que atualmente o tratamento endodôntico seja realizado de forma mais rápida e segura, reduzindo o stress do paciente com DID e o número de sessões.(19)

A implementação de programas de ensino no atendimento de pacientes com necessidades especiais na grade curricular dos cursos de odontologia, maior contato clínico com indivíduos com deficiências durante a formação e aumento na produção científica nessa área diminuirá, progressivamente, a insegurança e percepção negativa dos profissionais quanto ao atendimento desse grupo de pacientes.(16)(20)

Trabalhos relatando as dificuldades no manejo e realização de tratamento endodôntico à nível ambulatorial em pacientes com DID não foram encontrados na literatura.

Dentro desse contexto, são necessários estudos que demonstrem a viabilidade de terapias odontológicas mais complexas, em indivíduos com DID, como é o caso da terapia endodôntica.

Nossa hipótese é a de que, ao contrário do senso comum adotado por grande parte dos cirurgiões dentistas, o tratamento endodôntico deve ser uma opção quando do plano de tratamento odontológico em pessoas com DID. A desmistificação desses procedimentos pode proporcionar condutas clínicas mais conservadoras e a manutenção dos dentes nesse grupo de indivíduos.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Ao longo da história, inúmeros termos foram utilizados para se referir à indivíduos com comprometimento das funções mentais e cognitivas. Termos como “retardo mental” ou “deficiência mental” são encontrados na literatura, mas esses e outros termos foram considerados pejorativos e discriminatórios. A partir de 2013, com a quinta revisão do DSM-5 da APA e a OMS na 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), foi adotado oficialmente o termo “Deficiência Intelectual e do desenvolvimento” pela *International Association for the Scientific Study of Intellectual and Developmental Disabilities* (IASSIDD) e a *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD) e atualmente é utilizado internacionalmente, inclusive no Brasil.(6)(21)(5)

O termo “deficiência” é usado para descrever qualquer limitação ou restrição que envolva funções ou estruturas corporais.(4) Em torno de 15% da população mundial vivem com algum tipo de deficiência (intelectual, motora, física, sensorial ou múltipla), contabilizando mais de 1 bilhão de pessoas.(22) Segundo a Classificação internacional de funcionalidade (CIF), o cérebro é um órgão funcional do corpo, e dessa forma, qualquer condição que altere seu funcionamento e reduza a capacidade das suas funções, incluindo a mente, funções mentais ou psicológico são considerados como deficiência.(4)

A DID é descrita como condição vitalícia caracterizada pelo distúrbio do desenvolvimento neurológico, cognitivo e adaptativo, decorrente de anormalidades na estrutura ou função do cerebral e que afetam diretamente o desempenho intelectual e social do indivíduo, acometendo entre 1 e 3% da população mundial.(7)(2)(23) No Brasil, a pesquisa nacional de saúde, realizada em 2019, estimou que 1,2% da população com 2 anos ou mais de idade (2,5 milhões de pessoas) convivem com DID.(24)

A causa desta incapacidade pode ser definida como uma interação dinâmica entre as condições de saúde e os fatores contextuais, tanto pessoais como ambientais. Podem ocorrer em consequência de alterações genéticas, alterações metabólicas decorrentes de doenças sistêmicas, fatores externos (complicações no parto, desnutrição, infecção viral, alcoolismo fetal, entre outros) e parte dos casos não apresentam causa conhecida. Ou seja, a DID não é considerada uma doença, mas sim uma complicação ou manifestação clínica decorrente de outra condição de saúde.(7)(23)(25)

Quando o indivíduo apresenta comprometimento dessas funções são classificados como deficientes intelectuais e do desenvolvimento, independente da causa que levou ao desenvolvimento dessa condição.(4)

Historicamente, pessoas com DID são mais susceptíveis a mortes prematuras. Segundo McCarthy et al., 2011, pessoas com DID apresentam taxa de mortalidade geral 3 vezes maior que a população em geral.(26) Outra revisão sistemática mais recente, publicada em 2018 por O'Leary et. al., incluindo 27 estudos, confirmou esses resultados, demonstrando que a expectativa de vida das pessoas com DID é em média 20 anos menor que a população em geral.(27)

As causas dessa desigualdade são relacionadas à alta prevalência de morbidades associadas e a falta de acesso a tratamentos de saúde especializados.(28)(29)

No entanto, parte dos indivíduos com DID tem boa saúde geral ou apresentam outras condições associadas de gravidade moderada, de forma que, grande parte das causas dessas mortes são evitáveis atualmente com tratamentos disponíveis.(30)(31)

Os avanços na medicina, genética e farmacologia, além da ampliação de programas para inclusão e acesso à tratamentos de saúde, o que tem reduzido cada vez mais essa discrepância e possibilitado o aumento da expectativa de vida (28)(31)

A maior longevidade dos indivíduos com DID observada nos dias de hoje, traz à tona a necessidade do estudo de abordagens odontológicas de longo prazo, que contribuam com a melhora na qualidade de vida.(30)(26)(27)(32)

A DID pode se manifestar no indivíduo isoladamente, mas constantemente está associada a uma série de outras manifestações de ordem musculoesquelética, metabólica e psicológicas, principalmente em indivíduos com quadro de DID grave ou severa, sendo que, essa condição de associação entre deficiência intelectual e outras comorbidades crônicas não transmissíveis, é classificada na literatura como polimorbidade. O levantamento da ocorrência de polimorbidade em pessoas com e sem doença mental grave usando dados do Clinical Practice Research Datalink no Reino Unido, demonstrou que indivíduos com DID grave apresentam acúmulo de doenças crônicas em faixas etárias mais jovens que a população sem DID.(29)

Um estudo demonstrou que mais de 50% dos indivíduos com DID grave ou profunda apresentam mais de 8 comorbidades associadas e outro estudo demonstrou média de 12 comorbidades por indivíduo.(33)(34)

Algumas alterações de saúde e deficiências físicas ocorrem concomitantemente com maior frequência, como doença cardiovascular, alterações metabólicas, doenças respiratórias e distúrbios musculoesqueléticos, porém, a variedade de combinações, ocorrência e gravidade é tão diversa, que torna cada indivíduo único.(35)(36)(37)

Alterações comportamentais e comorbidades associadas ao DID são agentes complicadores que dificultam a categorização dos casos e torna o manejo, diagnóstico e planejamento dos tratamentos de saúde, um grande desafio para os profissionais da saúde.(38)(39)(25)

Muitos estudos demonstram que pessoas com DID, frequentemente, apresentam precariedade na saúde oral e higiene.(40)(41)

Segundo uma revisão sistemática publicada por Ward et al. (2019), foi encontrada alta prevalência de doença periodontal em pacientes adultos com DID, variando entre 56% e 92,6%, dependendo da idade do indivíduo. Além disso, foram relatadas altas taxas de dentes cariados, obturados e perdidos se comparados à população em geral.(42)

Apesar de alguns estudos demonstrarem que a etiopatogenia e progressão da carie em pessoas com DID seja equivalente à população em geral, foi encontrado

índice estatisticamente maior de dentes com lesão de carie não tratada, demonstrando que a dificuldade no acesso ao atendimento odontológico pode ser determinante no agravamento do quadro.(40)

Uma meta-análise incluindo 26 estudos analisou, de forma quantitativa e qualitativa, as condições orais encontradas em indivíduos com DID comparadas à grupo controle sem DID. Apesar dos resultados da análise qualitativa tenha se mostrado inconclusivo, a avaliação quantitativa demonstrou que as pessoas com DID apresentavam maior índice de carie e de placa bacteriana quando comparado ao grupo controle.(43)

Um estudo analisou o impacto negativo da DID leve na saúde oral, por meio de um estudo comparativo. Os autores avaliaram dois grupos, divididos de acordo com o quociente de inteligência. O grupo de estudo foi composto por 97 adolescentes com DID leve (QI igual a 50-70) e o outro utilizando os dados epidemiológicos de 581 adolescentes de 17 anos sem DID, denominado de controle. Os resultados demonstraram que o grupo com DID leve apresentava pior condição bucal geral e comportamentos de higiene e prevenção mais precários quando comparado ao grupo controle.(44)

A análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição de 2017 a 2018 nos Estados Unidos, comparando os comportamentos de saúde oral entre crianças de 6 a 15 anos com e sem DID, demonstrou que, crianças com DID que recebem cuidados de higiene oral e acesso ao serviço de saúde comparáveis aos recebidos por crianças sem DID, apresentaram índice de carie menor que o segundo grupo.(45)

Embora estudos de avaliação da microbiota oral em pessoas com DID sejam raros, um estudo foi realizado para avaliar o impacto da paralisia cerebral na microbiota oral devido as características físicas e dietéticas dos indivíduos com e sem essa deficiência. Nenhuma diferença significativa na microbiota oral foi constatada. Os autores inferiram que o aumento no índice de carie estaria provavelmente relacionado às dificuldades na higienização e acesso à tratamento preventivo.(46)

A condição de saúde oral desfavorável em indivíduos com DID, impacta diretamente na qualidade de vida. A precariedade da saúde oral tem sido atribuída à

uma combinação de fatores, e que incluem dificuldades na manutenção da higiene oral e no acesso ao atendimento odontológico preventivo e curativo.(39)(1)

Recentemente, Obeidat et al. publicou um estudo comparativo entre crianças norte-americanas em relação às necessidades odontológicas não atendidas. Foram divididas em dois grupos, com e sem transtorno/distúrbio de desenvolvimento (DID), ou seja, crianças que apresentam limitações físicas, comportamentais e cognitivas que afetam suas habilidades para realizar atividades da vida diária. Constatou-se que crianças com DID apresentavam 20% das necessidades odontológicas não atendidas, enquanto as crianças sem DID apenas 12%. Mais que o dobro, (3,5% vs 1,2%) das crianças com DID que referiram estar com dor de dente, tiveram seus tratamentos negados se comparado com o outro grupo.(47)

A mesma constatação foi observada no Brasil, um estudo realizado em Teresina (Piauí) comparou avaliar o estado de saúde bucal, o tratamento necessário e o tipo de acesso aos serviços de saúde bucal de indivíduos com deficiência intelectual DID pareado aos seus irmãos (grupo controle) e assim, eliminando as variáveis de condições socioeconômica e estrutura familiar. Os resultados demonstraram que o grupo com DID apresentou mais dentes cariados, obturados ou perdidos que seus irmãos. Além disso apresentaram maiores necessidades de tratamento. A necessidade de tratamento endodôntico foi 21,4 % para os indivíduos DID e 14,6% para os sem DID. A necessidade de exodontia demonstrou maior discrepância, 21,4% para 6,8%, respectivamente. Essa diferença demonstrou ser decorrente principalmente da dificuldade em obter atendimento odontológico. Trinta por cento dos indivíduos com DID relataram nunca ter passado em consulta com dentista na vida.(48)

Um grande desafio é obter abordagens consistentes de higiene oral, devido às dificuldades no manejo por parte do cuidador e baixa colaboração do paciente. Quanto ao autocuidado, a capacidade frequentemente é reduzida tanto pelas limitações cognitivas, como pelas alterações musculoesqueléticas, comumente associadas, que dificultam a motricidade e autonomia do indivíduo. O acúmulo de placa, doença periodontal e desenvolvimento de lesões de cárie podem também serem agravados por efeitos colaterais da terapia medicamentosa, de uso contínuo, a qual este grupo de indivíduos frequentemente são submetidos.(8)(49)(39)(17)

Outro fator que influencia na piora da saúde bucal são as barreiras encontradas por esses indivíduos no acesso ao atendimento para prevenção ou tratamento odontológico. Embora a disponibilidade de clínicas com instalações adequadas, localização de moradia e transporte sejam entraves, os principais obstáculos encontrados dizem respeito a condição socioeconômica da família e disponibilidade e preparo do profissional cirurgião dentista.(50)(1)(47)

Estudos demonstram que o nível de escolaridade da mãe ou cuidador, e condição econômica da família são preditores para a condição de saúde oral de pessoas com DID. Indivíduos com DID cujo cuidado seja monoparental, principalmente aqueles que não moram com uma figura paterna (pai ou padrasto) apresentam significativamente piores condições bucais e maior incidência de necessidades odontológicas não atendidas.(50)(1)

A grande demanda de atenção solicitada ao cuidador pode dificultar a execução integrais de funções profissionais, prejudicando a condição econômica da família. Juntamente, a alta taxa de encargos financeiros necessário para o cuidado desses indivíduos e custo elevado do tratamento odontológico representa empecilho para os cuidados bucais em para cerca de 40% dos casos.(51)(52)(53)(1)

No Brasil, o custo do tratamento odontológico é relatado como um fator limitante no acesso à saúde oral.(54)(55)

Para combater esse quadro de desigualdade, foram estabelecidos as diretrizes e regras que asseguram os direitos fundamentais das pessoas com deficiência através da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em 2007 e incorporadas na legislação da maioria dos países, incluindo o Brasil. No que diz respeito a saúde, foi estabelecido ao estado a responsabilidade de oferecer, de forma integral, todos os cuidados de saúde necessários, com qualidade, adequada as necessidades especiais e de forma gratuita.(56)(57)

Políticas públicas brasileiras foram criadas para facilitar o acesso ao tratamento odontológico à pacientes com necessidades especiais no Brasil (portaria nº 1.341, de 29 de junho de 2012) e incentivos adicionais foram destinados a criação de centros de especialidades odontológicas - CEO que contam com estrutura de acessibilidade e profissionais treinados.(58)



O Brasil dispõe de CEOs desde 2012, que são unidades de assistência à Saúde Pública, qualificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade que oferecem atendimento odontológico às pessoas com deficiências ou necessidades especiais, entre outras especialidades (59). Apesar disso, estudos recentes observaram que a disponibilidade dos serviços permanece insuficiente para atender a demanda e apesar dos CEOs serem considerados centros de especialidades, os profissionais não são necessariamente especialistas e frequentemente não apresentam a qualificação necessária para oferecer tratamentos complexos para indivíduos com necessidades especiais (incluindo pessoas com DID).(10)

Atualmente a demanda permanece maior que a oferta. Indivíduos com DID que buscam o atendimento odontológico público enfrentam períodos longos na fila de espera, dificultando ou impossibilitando que as necessidades odontológicas desses indivíduos sejam integralmente atendidas.(22)(10)

As famílias são compelidas a buscar o setor privado para obter esses serviços e mesmo nesses casos são poucos os profissionais dentistas especializados em Odontologia para Pacientes com necessidades Especiais e que se dispõem a atender pacientes com DID.(54)(55)

Quanto mais a deficiência afeta a capacidade funcional e cognitiva, maior é a dificuldade em obter o tratamento odontológico necessário, ou seja, quanto mais sua condição geral limita a capacidade de interação social, locomoção e realização de atividades por parte do indivíduo, menor será a oferta de atendimento e tratamento.(50)(47)

Uma meta-análise publicada em 2021 por Bastani et al, na qual foram incluídos 56 trabalhos, avaliou a disponibilidade e acesso ao serviço odontológico para pessoas com necessidades especiais em 16 países diferentes. Os resultados evidenciaram que, independentemente da localização geográfica, pessoas com deficiências encontram as mesmas características de desigualdade na condição oral, barreiras no acesso ao tratamento e prevenção de doenças odontológicas e a dificuldade em implementar políticas públicas eficientes para inclusão e assistência desse grupo de indivíduos são recorrentes em todos os demais países estudados.(60)

A insegurança no atendimento de pessoas com deficiências em geral e necessidades especiais no atendimento é percebida já durante a graduação em odontologia devido à inúmeras crenças e tabus que envolvem essa atuação. As falhas no ensino teórico e prático, a raridade nas pesquisas, bem como o pouco contato com esses pacientes durante o período de formação profissional, tende a preservar as impressões negativas nos profissionais.(61)(20)

Uma pesquisa realizada no estado de Michigan (EUA), avaliou a confiança dos profissionais no atendimento de pessoas com DID. Perguntas foram enviadas à uma amostra aleatória incluindo 1250 dentistas clínico-gerais. Os dados coletados incluíram às informações demográficas dos dentistas, opinião sobre disposição, barreiras e necessidades de treinamento associadas à prestação de cuidados a crianças e adultos com DID. Os resultados demonstraram que 42% dos dentistas analisados não se sentiam confiantes em realizar tratamentos odontológicos em pessoas com DID e 73,3% consideravam que a universidade não ofereceu preparo e treinamento suficiente para atuar com esse grupo de indivíduos.(15)

Falhas na capacitação e percepção negativa dos profissionais dentistas podem gerar insegurança no atendimento e representam uma barreira importante no acesso e planejamento do tratamento odontológico de pessoas com DID, principalmente diante da necessidade de procedimentos mais complexos, que exijam treinamento prévio ou pacientes que apresentam quadro de DID moderada ou severa.(13) (1)(14)(16)(62)

A baixa aceitação e inabilidade por parte dos dentistas no atendimento de pacientes com alterações intelectuais ou físicas representa uma barreira difícil de ser transposta. Um programa de capacitação teórica e prática foi testado com alunos do sétimo e oitavos semestres da graduação em odontologia na Universidade do Vietnã e os alunos responderam à um questionário antes, durante e após o programa. Embora as reações emocionais dos alunos em relação as pessoas com necessidades especiais tenham sido mais positivas após a capacitação, não foi observada diferença significativa na disposição em realizar o atendimento clínico desses indivíduos, pois consideraram-se inaptos tecnicamente a realizá-lo.(20) A falta de competência nas habilidades interpessoais e conceituais comum em pessoas com DID, como dificuldade na linguagem e expressão, tornam-se também um grande desafio para os

profissionais da saúde na realização do diagnóstico das afecções orais, já que frequentemente a descrição dos sintomas não é confiável e dificultam o planejamento da condução do caso.(38)

Uma pesquisa realizada com alunos de 6 universidades em fase de finalização da graduação em odontologia na Malásia, demonstrou que, mesmo se comparado com outras categorias de necessidades especiais, os pacientes com DID encontram muitas barreiras no acesso ao serviço de saúde. A taxa de alunos que relatou sentir-se confortável em atender pacientes com deficiências físicas foi de 50,7%, enquanto apenas 15,4% se consideraram aptos para tratamento de pacientes com DID e apenas 8,8% com distúrbios psiquiátricos. Diante da insegurança, 62% deles relatou encaminhar o paciente para outro profissional e o motivo mais frequente para encaminhamento relatado foi a presença de DID, em 56,4% dos casos, pois não se consideram habilitados a realizar o atendimento, não sabem como proceder diante de pacientes com que apresentam alterações cognitivas e comportamentais (incluindo pessoas com DID) ou por considerarem que as instalações do consultório não atenderiam as necessidades de circulação do paciente.(16)

Resultados parecidos foram observados em pesquisa realizada com cirurgiões dentistas indianos. Um questionário sobre o tema respondido por 149 dentistas clínicos gerais sobre a escolha na conduta em 16 casos clínicos em pacientes com necessidades especiais, incluindo condições de saúde com diversos graus de comprometimento, observou que em 17% dos casos foi sugerido que os procedimentos fossem realizados sob anestesia geral e 9,8% recomendaram o uso de sedação consciente. (14)

Quanto a conduta de dentistas especialistas, foi relatado que clínicos gerais e especialistas (endodontistas ou especialistas em PNE) propõem planos de tratamento geralmente mais radicais em pacientes com DID ou outra doença de ordem neurológica. se comparado a pacientes que não apresentam essa condição. O estudos demonstrou que dentistas clínicos generalistas indicam extrações de dentes 75% mais vezes que o especialista em endodontia ou propõem manter o caso sob controle radiográfico sem oferecer intervenção. Além disso, clínicos gerais também tendem indicar o paciente para o especialista em PNE ou endodontia.(13)

A exodontia pode aliviar o desconforto e a dor e promover a prevenção ou cura de infecção de origem endodôntica. No entanto, a perda precoce dos dentes pode levar a redução da qualidade de vida, uma vez que pode causar comprometimentos funcionais, problemas psicológicos, estéticos e oclusais, que podem resultar em um declínio na qualidade de vida desses pacientes já comprometidos.(63)(17)(18)(64)

Por vezes, a reabilitação protética não é possível por não ser aceita pelo paciente, por dificuldade no acesso do serviço ou pela presença de certas condições de saúde que dificultam a reabilitação. O tratamento odontológico conservador com a manutenção dos dentes pode oferecer conforto, saúde oral e evitar as adversidades decorrentes da perda dentária precoce.(65)(66)(67)

A desinformação dos cirurgiões dentistas a cerca do tema, reflete diretamente na conduta clínica e exclusão desse grupo de pacientes ao acesso à saúde. Uma ideia pré-concebida de que pacientes com DID ou outras condições físicas ou sistêmicas alteradas irão obrigatoriamente impor obstáculos comportamentais que impedirão o tratamento endodôntico, uma vez que esse exige um bom grau de colaboração do paciente para ser executado com qualidade. Quando o paciente com DID necessita de um tratamento endodôntico, se depara com relutância dos profissionais endodontistas em realizar o atendimento.(12)(68)

Atualmente, com os avanços tecnológicos e o aperfeiçoamento do preparo químico-mecânico durante a limpeza e modelagem do canal radicular possibilitaram maior eficiência e redução no tempo de trabalho nas intervenções endodônticas aumentando a quantidade de tratamentos realizados pela mesma equipe no mesmo espaço de tempo. A implantação dessas tecnologias é viável economicamente para os sistemas públicos de saúde.(69)

O uso do localizador apical possibilita a obtenção da odontometria (comprimento do conduto) com grande confiabilidade, em poucos minutos, sem a necessidade de tomadas radiográficas e sem precisar reposicionar o paciente na cadeira odontológica.(70)

O uso de motores elétricos de instrumentação rotatória foi outro avanço importante na endodontia que reduziu o tempo de instrumentação. As limas de NiTi

utilizadas nesses sistemas e tratamento térmico do metal, possibilitou redução significativa no tempo de trabalho, que proporciona menor desgaste físico e emocional para o paciente e para o dentista, menor necessidade de desgaste da coroa no acesso dos condutos, reduzindo a necessidade de reabilitação protética do dente.(71) Também observamos maior segurança durante a instrumentação, pois a flexibilidade desses instrumentos facilita o posicionamento confortável do paciente. Por fim, houve recentemente, ganho na qualidade da desinfecção e modelagem do sistema de canais.(72)

Todos esses avanços trouxeram redução do tempo operatório e viabilizaram a realização do tratamento em sessão única. A literatura dispõe de evidências consistentes de que tratamentos endodônticos conduzidos em uma única sessão apresentam prognóstico e risco de complicações semelhante aos tratamentos realizados em múltiplas sessões.(19)(73)

De acordo com estudos comparando tratamento endodôntico realizado em uma ou mais sessões, com ou sem uso de medicação intracanal entre sessões, demonstrou que não existe diferença significativa na desinfecção endodôntica, na qualidade da obturação dos condutos ou na ocorrência de dor pós-operatória, independentemente do número de sessões, inclusive em dentes necrosados que apresentem periodontite apical.(74)(75)

Foi também observado, após acompanhamento de um ano, que o reparo apical ocorreu de forma similar em todos os casos e apresentando índice de sucesso compatível.(76)

Por fim, o alto custo financeiro, considerado uma barreira no acesso tratamento odontológico, é reduzido quando realizado em uma única sessão, pois reduz o número de horas de trabalho do dentista e diminui a demanda por material odontológico.(75)

Realizar tratamentos endodôntico em sessão única com qualidade e segurança permitiu que fossem indicados em pacientes menos colaborativos ou para aqueles nada colaborativos que necessitam de anestesia geral para obter cuidados odontológicos. Mesmo nessas situações foi demonstrado alto índice de sucesso, reduzindo o número de casos de exodontia.(77)

Além disso, um ambiente calmo, atitude positiva e amigável do dentista e criação de vínculo com o paciente são condutas aconselháveis para propiciar melhor manejo. Essa medida nem sempre é possível quando existe quadro de dor e o paciente está irritado e indisposto à interação social.(78)

Essas estratégias podem possibilitar melhores condições para realização do atendimento endodôntico ambulatorial em pacientes com DID com qualidade e sucesso. Esses resultados serão importantes para desmistificar esse tipo de atendimento e dar suporte aos cirurgiões dentistas nas decisões do planejamento clínico.

### **3 OBJETIVO**

A proposta desse estudo foi avaliar a possibilidade de realização do tratamento endodôntico, a eficiência do tratamento, as dificuldades e intercorrências mais comuns e o índice de sucesso imediato endodôntico em pacientes com DID.





## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, onde foram avaliados os prontuários de pacientes com DID encaminhados para tratamento endodôntico de um ou mais dentes no Centro de Atendimento de Pacientes Especiais (CAPE) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo no período entre os anos de 2016 e 2020.

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da USP e aprovado em 13 de setembro de 2021, sob o Número do Parecer 4.971.87 (anexo A).

### 4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos e analisados na pesquisa todos os prontuários de pacientes que apresentaram algum grau de DID e que passaram por pelo menos uma consulta com algum endodontista participante do programa de aprimoramento em endodontia do CAPE.

Os prontuários cuja anamnese não foi totalmente preenchida ou cujos tratamentos endodônticos foram realizados por cirurgiões dentistas que não faziam parte do grupo de aprimoramento em endodontia, foram excluídos do estudo.

### 4.2 OPERADORES

Os prontuários revisados foram aqueles cujos pacientes foram atendidos por um grupo específico de cirurgiões dentistas treinados em endodontia e que participaram de um projeto de extensão no CAPE, desde 2016. O corpo clínico que realizou os tratamentos era composto por dentistas clínicos gerais com aperfeiçoamento ou especialização em endodontia, supervisionados sempre por uma mesma cirurgiã-dentista, pesquisadora desse estudo, especialista em endodontia.

Os profissionais possuíam experiência em endodontia e receberam treinamento para adequação no protocolo endodôntico utilizado na clínica do CAPE antes de iniciarem os atendimentos neste ambulatório. Todos os tratamentos foram realizados sob o mesmo protocolo, descrito a seguir.

#### 4.3 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Embora esse estudo seja retrospectivo, o protocolo de atendimento é estabelecido e seguido pelo grupo dos dentistas do grupo de endodontia do CAPE. Todos os procedimentos foram realizados por um grupo de sete dentistas treinados utilizando os mesmos parâmetros de diagnóstico e o mesmo protocolo de tratamento endodôntico (79).

Os pacientes eram atendidos inicialmente por dentistas clínicos gerais do CAPE, que ao detectarem a necessidade de tratamento endodôntico, encaminhavam os pacientes para avaliação pelo grupo de endodontia.

O diagnóstico pulpar foi estabelecido pelo endodontista através da análise dos sinais clínicos, sintomas (descritos pelo paciente ou por seu cuidador), exames de imagem, avaliação clínica e testes de vitalidade pulpar, dependendo da capacidade de resposta do paciente frente aos testes

O tratamento foi sempre realizado sob anestesia local injetável, por técnica infiltrativa e/ou bloqueio, independente do status pulpar. A razão foi evitar sintomatologia dolorosa durante o transpasse apical para uso do localizador apical, colocação do grampo para isolamento dentre outras possíveis situações que possam levar a dor ou desconforto. O tecido cariado, quando presente foi totalmente removido e a cirurgia de acesso realizada expondo todos os condutos. Barreira de isolamento absoluto foi utilizada sempre que possível e, quando o uso não foi possível, o fato foi documentado no prontuário do paciente.

Os orifícios dos canais foram explorados com instrumento manual tipo k números 8, 10 ou 15 dependendo da adaptação do instrumento ao calibre original do conduto. Estes, colocados no interior do conduto de forma passiva para determinar

angulação, curvatura e calibre do conduto. O comprimento de trabalho foi estipulado utilizando localizador apical eletrônico Romiapex A-15 (Forumtec Ltd., Kiryat Ono, Israel) e estipulado no limite do ponto zero.

O preparo químico-mecânico dos canais radiculares foi realizado com instrumentos do sistema mecanizado rotatório do sistema ProDesign Logic (Easy Odontological Equipment, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil) de tip (diâmetro da ponta) e taper (índice de conexidade) compatível com o diâmetro do canal. A irrigação foi realizada com seringas descartáveis convencionais e agulha de irrigação com solução de hipoclorito de sódio a 2,5% (NaOCl).

A obturação dos canais foi realizada pela técnica de cone único, utilizando cimento endodôntico Ah Plus (DentsplySirona) e cone de guta percha com ponta compatível com a conicidade do conduto, termoplastificados e condensados. O selamento do dente foi realizado com ionômero de vidro e ou resina composta.(72)

Em todos os casos se buscou realizar este protocolo e finalização do tratamento endodôntico em sessão única. Quando isso não foi possível, buscou-se sempre o menor número de sessões possível. Todos os pacientes receberam a recomendação de uso de analgésico em caso de dor. O fármaco escolhido foi aquele mais bem tolerado pelo paciente. A necessidade do uso de anti-inflamatório ou antibiótico foi estabelecida pelo dentista de acordo com o caso.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados sempre pela mesma pesquisadora, endodontista coordenadora do grupo de aprimoramento grupo em endodontia, e transferidos para uma ficha especialmente desenvolvida para este estudo (Apêndice A).

#### 4.4.1 Pacientes

Foram coletados os seguintes dados dos pacientes:

- Dados demográficos: idade, da cor da pele, sexo, cuidador principal e local de residência (junto à família ou em instituição).
- Histórico médico: doença de base, grau da deficiência intelectual (leve, moderada ou grave (de acordo com a percepção e relato do cuidador ou laudo médico), histórico de convulsão, presença de outras comorbidades.
- Perfil comportamental: histórico de automutilação, capacidade motora, se é participativo em atividades, agressividade e capacidade de comunicação, verbal ou não verbal

O perfil comportamental dos pacientes foi obtido através das informações relatadas pelo cuidador no momento da anamnese. A avaliação da capacidade motora do paciente considerou a capacidade de andar e realizar atividades motoras simples e alterações musculoesqueléticas e foram classificadas entre as opções: sem alterações, levemente reduzida, gravemente reduzida ou perda total da capacidade motora. As perguntas relativas a esse perfil constam no prontuário padrão do CAPE, de forma objetiva de múltipla escolha e foram respondidas por cuidadores na consulta inicial.

A habilidade de comunicação foi classificada considerando a capacidade de fala, de manutenção de diálogo simples, capacidade de transmitir uma ideia e de resposta aos estímulos externos e classificada como boa, regular ou incapaz de comunicar-se nos casos de pacientes que não falavam, não se comunicam através de outros meios e não respondem aos estímulos do ambiente. Nesta classificação foi considerada tanto a percepção do cuidador, quanto a do dentista durante o atendimento, relatados no prontuário.

O grau do déficit intelectual não foi classificado por meio do valor do quociente de inteligência (QI), uma vez que a maioria dos cuidadores não soube informar esse dado na anamnese.

Por esse motivo a informação foi coletada nos prontuários a partir da percepção relatada pelos cuidadores no momento da anamnese, o mesmo critério é adotado para estabelecer o nível de agressividade e grau de interação social. Nos casos em que o laudo médico foi apresentado, a informações do laudo foram consideradas.

#### **4.4.2 Tratamento Endodôntico**

Foram coletados os seguintes dados relacionados ao tratamento endodôntico:

- Motivo principal da indicação para o tratamento endodôntico, nº do dente, presença de dor no momento da consulta pelo endodontista, diagnóstico pulpar
- Tratamento: número de sessões necessárias, utilização de isolamento absoluto (sim ou não), nível de complexidade no manejo do paciente relatado pelos dentistas, necessidade de uso de sedação química, descrição da medicação para sedação caso tenha sido utilizada, se o tratamento foi ou não concluído.
- Casos cujo tratamento não foi realizado/finalizado: motivo da não realização ou conclusão do tratamento, número de sessões de avaliação ou condicionamento

Dados referentes ao tratamento, bem como a necessidade de adaptação nos protocolos do tratamento estabelecidos previamente e descritos na metodologia desse trabalho (por exemplo a como possibilidade do uso de isolamento absoluto), técnicas de manejo utilizadas e intercorrências serão analisadas de forma a classificar o atendimento sob o grau de dificuldade enfrentado pelo profissional. As dificuldades técnicas, inerentes ao dente tratado, não foram consideradas neste tópico. A dificuldade do atendimento em relação à colaboração do paciente e foi avaliada considerando dificuldades no manejo descrita pelos dentistas no prontuário do paciente. Foram divididas em:

Alta colaboração: não houve relato de dificuldades e que os pacientes foram descritos como “colaborativos” no prontuário

Média colaboração: média colaboração quando foram relatados dificuldades e condicionamento, mas que não comprometeram o protocolo de atendimento

Pobre colaboração. quando o comportamento do paciente impossibilitou tratamento ou alguma de suas etapas ou quando houve necessidade de participação de mais um dentista para estabilização protetora e uso de abridor de boca.

- Resultado radiográfico final: sucesso imediato do tratamento

Os tratamentos foram considerados como finalizados com sucesso quando apresentarem radiograficamente obturação tridimensional e completa de todos os condutos respeitando a anatomia original do canal e selados adequadamente de forma a apresentar prognóstico favorável. Esse estudo não realizou acompanhamento dos tratamentos à longo prazo para determinar o índice de sucesso e manutenção do dente, mas estudos anteriores demonstram que o insucesso endodôntico está relacionado às falhas na obturação dos canais. Dessa forma podemos prever que o índice de sucesso à longo prazo esperado será compatível com o desfecho imediato.(80)

#### **4.4.3 Pós-operatório imediato**

Relato de dor ou complicação pós-operatória e a descrição do evento caso ocorrido, medicação prescrita para controle de dor ou infecção. Foi considerado como evento pós-operatório, quadros de sintomatologia dolorosa ou edema local, pós-tratamento endodôntico, de intensidade alta ou moderada e com declínio do quadro dentro da primeira semana.(81)

#### 4.5 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados obtidos foram tabulados na planilha Excel e o *software* utilizado para a obtenção De media, mediana , percentuais e tabelas foi The jamovi project (2021). *jamovi*. (Version 2.2) [Computer Software].(82)(83).





## 5 RESULTADOS

Dos 165 prontuários de pacientes com distúrbios neuropsicomotores, que foram encaminhados para tratamento endodôntico, 67 foram excluídos pois os pacientes, embora apresentassem alteração do sistema nervoso, não exibiam DID.

Dos 98 prontuários de pacientes incluídos nesse estudo, 131 dentes foram encaminhados para tratamento endodôntico.

### 5.1 PERFIL DOS PACIENTES

Foram incluídos 98 prontuários de pacientes indicados para tratamento endodôntico para o grupo de endodontia do CAPE, dos quais os dados foram coletados e analisados.

#### 5.1.1 Dados demográficos

Os dados demográficos dos pacientes estão descritos na tabela 5.1. Foram descritos 51 indivíduos (51/98 - 52%) eram do sexo masculino e 47 (47/98 - 48%) do sexo feminino. A referência da cor de pele foi branca para 81 indivíduos (81/98 - 82,7%), parda para 9 (9/98 - 9,2%), negra para 6 indivíduos (6/98 - 6,1%) e oriental para 2 (2/98 - 2%). A maior parte dos pacientes avaliados (79/98 – 80,61%) residiam junto à familiares (biológicos ou adotivos), 2 (02/98 – 2,04%) moravam sozinhos, 1 (1/98 – 1,02%) residia em instituição. Em 16 (16/98 – 16,33%) prontuários este dado não foi descrito. Setenta e um indivíduos (71/98 - 72,5%) eram cuidados pelos pais (biológicos ou adotivos), 19 (19/98 – 19,4%) não relataram, 7 (07/98 - 7,1%) recebiam cuidados de outro familiar que não os pais e 1 (1/98 – 1%) recebia auxílio de cuidador

profissional. A idade média dos indivíduos foi de 29,6 anos, variando entre 9 e 59 anos, com mediana de 29 anos

Tabela 5.1 - Dados demográficos dos 98 pacientes cujos prontuários foram incluídos neste estudo

		Número (N total =98)	Percentual
<b>Cor de Pele</b>	Branca	81	82,7%
	Parda	9	9,2%
	Negra	6	6,1%
	Amarela	2	2%
<b>Sexo</b>	Masculino	51	52%
	Feminino	47	48%
<b>Cuidador principal</b>	Pais	71	72,4%
	Não Descrito	19	19,4%
	Outro Familiar	7	7,1%
	Cuidador Profissional	1	1%
<b>Com quem reside</b>	Família	81	82,7%
	Não Descrito	16	16,3%
	Instituição	1	1%

Fonte: A autora.

### 5.1.2 Histórico médico

Trinta e um pacientes (31/98 – 31,63%) exibiam deficiência intelectual sem associação a outras alterações, de acordo com a anamnese. Nos outros 67 casos (67/98 - 67,37%), foram contabilizadas 12 doenças de base associadas com o DID, como descrito na tabela 5.2.

Tabela 5.2 - Doença ou condição de base apresentada na anamnese pelos pacientes do CAPE

Condição	Número (N=98)	Percentual
Déficit Intelectual isolado	31	31,6%
Síndrome de mal formação congênita	23	23,5%
Paralisia Cerebral	17	17%
Transtorno do Espectro Autista	11	11,2%
Esquizofrenia	5	5,1%
Epilepsia	3	3,1%
Microcefalia	2	2%
Macrocefalia	2	2%
Traumatismo craniano (sequelas)	1	1%
Hidrocefalia	1	1%
Lúpus Eritematoso Sistêmico	1	1%
Fenilcetonúria	1	1%

Fonte: A autora.

Dos 23 pacientes que apresentavam síndrome de mal formação congênita (tabela 5.3), a síndrome de Down foi a mais comum, encontrada em 9 indivíduos, 3 apresentavam a síndrome de Williams, 2 apresentavam síndrome de Moebius e as demais, síndrome de Angelman, síndrome de Lenox-Gastaut, síndrome de Marfan, síndrome Klippel-Feil, síndrome Martim Bell, síndrome Prader-Willi, síndrome de Beckwith Wiedemann, Esclerose Tuberosa foram descritas em 1 caso cada. Em 1 caso foi relatado a alteração cromossômica ainda não totalmente esclarecida.

Na anamnese de 41 (41/98 - 41,8%) prontuários não houve relato de nenhuma comorbidade associada à condição de base do paciente, e em 57 (57/98 - 58,2%) deles foram relatadas comorbidades, que estão descritas na tabela 5.4.

Tabela 5.3 - Síndromes de mal formação congênita descritas

<b>SÍNDROME DE MALFORMAÇÃO CONGÊNITA</b>	<b>NÚMERO ABSOLUTO (N=23)</b>
S. de Down	9
S. de Willians	3
S. de Moebius	2
S. Klippel-Feil	1
S. de Angelman	1
S. Martim Bell	1
S. de Marfan	1
S. de Lenox-Gastaut	1
S. de Beckwith Wiedemann	1
Esclerose tuberosa	1
S. Prader-Willi	1
Alteração cromossômica a esclarecer	1

Fonte: A autora.

Tabela 5.4 - Doenças ou comorbidades apresentadas nos 98 prontuários

<b>Comorbidade</b>	<b>Número de ocorrência (N=98)</b>	<b>Percentual</b>
Epilepsia	16	16,3%
Hipotireoidismo	16	16,3%
Doença cardiovascular	15	15,3%
Doença Psiquiátrica	13	13,3%
Doença Respiratória	12	12,2%
Desordem gástrica	4	4,1%
Diabetes Mellitus	3	3,1%
Nefropatia	3	3,1%
Raquitismo	2	2%
Doença Imunomediada	1	1%
Hepatopatia	1	1%
Câncer	1	1%
Coagulopatia	1	1%

Fonte: A autora.

De acordo com a análise dos dados, foi observado que alguns indivíduos apresentavam mais de uma comorbidade. Dos indivíduos estudados, 41 (41/98 – 41,8%) pacientes não apresentarem nenhuma comorbidade, enquanto 35 pessoas (35/98 – 35,7%) conviviam com 1 comorbidade associada, 16 pessoas (16/98 –

16,3%) apresentavam 2 comorbidades associadas e 6 pessoas (6/98 – 6,1%) apresentavam mais de duas comorbidades.

A categorização do grau de deficiência intelectual foi determinada a partir da anamnese e está descrita na tabela 5.5. Em 19 (19/98 – 19,4%) prontuários esta informação não foi coletada ou o cuidador não soube informar. A maior parte dos pacientes apresentava nível severo de DID (37/98 – 37,8%), seguido por 27 (27/98 - 27,6%) com nível moderado e 15 (15/98 - 15,3%) com nível leve.

Tabela 5.5 - Nível de Deficiência Intelectual e do desenvolvimento relatada nos prontuários

Nível do DID		Nº de casos (N=98)	Percentual
	Leve	15	15,3%
	Moderado	27	27,6%
	Severo	37	37,8%
	N/D	19	19,4%

Fonte: A autora.

Independente do diagnóstico de epilepsia, 39 (39/98 – 39,8%) indivíduos relataram ter apresentado ao menos 1 episódio de convulsão ao longo de sua vida, enquanto 50 indivíduos (50/98 – 51%) relataram nunca ter apresentado nenhum episódio de convulsão durante a vida. Nos prontuários de 9 indivíduos (09/98 – 9,2%) a informação sobre ocorrência de convulsão não foi descrita.

### 5.1.3 Capacidades Físicas e comportamentais

Além do impacto sistêmico, a DID e as condições das quais ela pode decorrer, está frequentemente associada às alterações comportamentais, psicológicas, motoras e sociais importantes que desencadeiam grande repercussão no convívio do indivíduo em sociedade, no aprendizado e comunicação, incluindo possíveis dificuldades no diagnóstico e atendimento odontológico. A tabela 5.6 traz características motoras e de comunicação dos pacientes incluídos nesse estudo.

Quando tais capacidades foram analisadas de acordo com o nível de DID (tabelas 5.7 e 5.8), observasse que, quanto maior o comprometimento cognitivo, maior foi o comprometimento motor e maior a dificuldade na comunicação.

Tabela 5.6 - Descrição da capacidade motora e de comunicação descrita na anamnese dos prontuários dos pacientes do CAPE

		Número (N total =98)	Percentual
<b>Capacidade Motora</b>	Sem Alteração	49	50%
	Levemente reduzida	22	22,4%
	Gravemente reduzida	14	14,3%
	Sem capacidade	3	3,1%
	Não Descrito	10	10,2%
<b>Capacidade de comunicação</b>	Sem Alteração	21	21,4%
	Levemente reduzida	22	22,4%
	Gravemente reduzida	25	25,5%
	Sem capacidade	17	17,3%
	Não Descrito	13	13,3%

Fonte: A autora.

Tabela 5.7 - Correlação entre nível de DID e capacidade motora

	Capacidade Motora					Total
	Sem Alteração	Levemente reduzida	Gravemente reduzida	Sem capacidade	Não Descrito	
<b>Nível do DID</b>						
<b>Leve</b>	6	7	1	0	1	15
<b>Moderado</b>	16	5	3	0	3	27
<b>Severo</b>	17	8	8	2	2	37
<b>Não Descrito</b>	10	2	2	1	4	19
<b>Total</b>	49	22	14	3	10	98

Fonte: A autora.

Tabela 5.8 - Correlação entre nível de DID e capacidade de comunicação

Nível do DID	Capacidade de comunicação					Total
	Sem Alteração	Levemente reduzida	Gravemente reduzida	Sem capacidade	Não Descrito	
Leve	9	5	1	0	0	15
Moderado	6	7	6	2	6	27
Severo	1	5	14	14	3	37
Não Descrito	5	5	4	1	4	19
<b>Total</b>	21	22	25	17	13	98

Fonte: A autora.

Como descrito na tabela 5.9, os pacientes foram descritos pelos cuidadores durante a anamnese, majoritariamente como participativos (65/98 – 66,3%) e não agressivos (65/98 – 66,3%). Em 17 casos (17/98 – 17,3%) foi relatada a prática de injúrias autoprovocadas pelos pacientes e 48 (48/98 – 49%) relataram não realizar esta prática. Nos demais prontuários não havia descrição de auto injúria.

Tabela 5.9 - Características comportamentais relatadas na anamnese nos prontuários dos pacientes

		Número (N=98)	Percentual
<b>Participativo</b>	Sim	65	66,3%
	Não	9	9,2%
	Às vezes	8	8,2%
	Não Descrito	16	16,3%
<b>Agressivo</b>	Sim	6	6,1%
	Não	65	66,3%
	Às vezes	12	12,2%
	Não Descrito	15	15,3%
<b>Prática auto injuria</b>	Sim	17	17,3%
	Não	48	49%
	Não Descrito	33	33,7%

Fonte: A autora.

## 5.2 TRATAMENTO ENDODÔNTICO

Dos 98 prontuários analisados, foram indicados 131 dentes para tratamento endodôntico. Dentre esses, 21 casos (21/131 – 16%) apresentavam dor no momento da consulta com o endodontista (relatada pelo paciente ou de acordo com a percepção do cuidador).

Mais da metade dos indivíduos (72/98 – 74,2%) foram indicados para tratamento de apenas 1 dente, enquanto 20 pacientes (20/98 – 20,6%) indicados 2 dentes, 2 pacientes (2/98 – 2%) indicados para tratamento de 3 e 4 dentes respectivamente e 1 paciente (1/98 – 1%) indicado para realizar o tratamento endodôntico de 5 dentes.

### 5.2.1 Características dos dentes indicados para endodontia

Entre os dentes indicados para o tratamento endodôntico, 128 eram permanentes (128/131 - 97,7%), enquanto 3 (3/131 - 2,3%), dentes eram decíduos. Esses casos foram incluídos na pesquisa, pois foram submetidos à tratamento endodôntico sob os mesmos parâmetros e protocolo seguidos nos dentes permanentes, devido à agenesia dos permanentes correspondentes

A maior necessidade de endodontia foi observada em molares, um total de 60 dentes (60/131 - 45,8%), seguido por incisivos superiores, com 28 indicações (28/131 – 21,4%). Os grupos de dentes envolvidos estão descritos na tabela 5.10.



Tabela 5.10 - Dentes indicados para endodontia de acordo com o grupo anatômico

Grupo Anatômico dental	N de dentes (N=131)	Percentual
Molar Inferior	31	23,7%
Molar superior	29	22,1%
Incisivo Superior	28	21,4%
Pré-molar superior	15	11,4%
Pré-molar inferior	13	9,9%
Incisivo Inferior	6	4,6%
Canino inferior	4	3%
Canino superior	2	1,5%
Dente decíduo	3	2,3%

Fonte: A autora.

### 5.2.2 Diagnóstico pulpar

A partir do histórico e evolução dos casos relatados nos prontuários, foram levantados os motivos pelos quais os pacientes foram encaminhados para o grupo de endodontia do Cape.

Em 44 casos (44/131 – 33,6%) o paciente apresentou histórico de dor aguda e passou por consulta de urgência, anterior ao atendimento com o endodontista, em outro local que não o CAPE, onde foi realizado o acesso endodôntico e encaminhado para tratamento endodôntico com medicação intracanal e curativo. Nesses casos não foi possível confirmar o status pulpar do momento do atendimento de emergência. Nos demais casos, os quais o dente não apresentava acesso pulpar, a causa mais frequente de encaminhamento foi a presença de carie extensa, reportada em 56 dos pacientes atendidos (56/131 – 42,7%). Em 13 casos (13/131 – 10%), o dentista verificou a necessidade de endodontia a partir de achado radiográfico de reabsorção óssea apical compatível com infecção endodôntica. Os demais casos apresentavam presença de fistula ou histórico de trauma levando à exposição pulpar devido à fratura da coroa ou alteração na coloração da coroa, indicativo de necrose pulpar.

Após a avaliação realizada pelo endodontista, foi determinado o diagnóstico pulpar do dente na data da primeira consulta. Apenas 4 dos dentes, indicados para endodontia, não apresentavam descrição do diagnóstico pulpar na evolução do prontuário. Os dados coletados demonstram que os dentes apresentavam polpa majoritariamente necrosada, com ou sem presença de periodontite apical verificada radiograficamente (62/131 – 47,3% e 15/131 – 11,5% respectivamente). Em 18 casos (18/131 – 13,7%) observou-se pulpite irreversível e em 12 casos (12/131 – 9,2%) ocorreu exposição pulpar, durante a remoção do tecido cariado ou devido à trauma dental. Em 7 casos (07/131 – 5,3%) os dentes haviam recebido tratamento endodôntico anterior e foi necessário retratamento. Os demais casos apresentavam polpa em condições normais ou com inflamação reversível (09/131 – 6,9% e 04/131 – 3,1% respectivamente), não sendo necessário o tratamento endodôntico.

Os dados referentes ao motivo do encaminhamento e o diagnóstico pulpar realizado pelo endodontista estão sumarizados na tabela 5;11.

Tabela 5.11 - Motivo do encaminhamento e diagnóstico pulpar dos dentes indicados para tratamento endodôntico

	Número absoluto (N =131)	Percentual
<b>Motivo do Encaminhamento</b>		
Cárie Extensa	56	42,7%
Apresentou dor prévia ou passou por consulta de urgência	44	33,6%
Achado radiográfico	13	9,9%
Trauma dental	11	8,4%
Presença de fistula	7	5,3%
<b>Diagnóstico pulpar</b>		
Necrose pulpar com periodontite apical	62	47,3%
Pulpite Irreversível	18	13,7%
Necrose Pulpar sem periodontite apical	15	11,5%
Exposição Pulpar	12	9,2%
Sem comprometimento pulpar	9	6,9%
Reinfecção de dente tratado endodonticamente	7	5,3%
Pulpite Reversível	4	3,1%
Diagnóstico não informado	4	3,1%

Fonte: A autora.

### 5.2.3 Comportamento e manejo do Paciente frente ao tratamento

Os dados sobre comportamento e manejo foram obtidos através das descrições e impressões do endodontista contidas na evolução do prontuário. É usual que, o nível de colaboração do paciente, necessidade de adaptação ou intercorrências ocorridas durante o atendimento sejam descritas no prontuário para auxiliar em atendimentos futuros.

Os pacientes foram considerados colaborativos em 68% dos atendimentos (89/131 – 68%) e nesses casos não foram observadas dificuldades de manejo relevantes. Em 23 casos (23/131 – 17,6%) o paciente foi descrito como parcialmente colaborador ou média colaboração, pois apresentaram alguma resistência ao tratamento, mas foi possível o condicionamento. Os endodontistas relataram como dificuldade nesses casos alguma agitação por parte do paciente, tentativa de remover os instrumentos da boca, resistência em receber a anestesia ou necessidade da ajuda do cuidador ou do auxiliar para estabilização e controle das mãos do paciente. Além disso, em dois casos foi relatado que a baixa colaboração partiu do cuidador, que interrompeu ou atrapalhou o atendimento, de forma que foi necessário pedir para que se retirasse e aguardasse na sala de espera.

Em 19 casos (19/131 – 14,5%), o paciente foi descrito como não colaborador ou de pobre colaboração. Segundo os relatos dos prontuários, a resistência ao tratamento se deu através dos seguintes comportamentos: excesso de choro, extrema agitação, agressividade em relação ao dentista ou cuidador, simulação de mal-estar (enjoo, vomito ou desmaio) e a não permanência ou recusa em sentar-se na cadeira odontológica. Nesses casos foram utilizadas técnicas de condicionamento incluindo uso de vídeos de animação ou música transmitidos no celular, contato físico do cuidador, oferta de brindes ao término do tratamento, conversa com o paciente em tom de voz calmo, entre outras técnicas.

Não foi observada correlação entre sintomatologia dolorosa e pobre colaboração durante o atendimento, como descrito na tabela 5.12.

Tabela 5.12 - Correlação entre presença de dor e colaboração

Presença de dor	Nível de colaboração			
	Alta	Média	Baixa	Total
Não	75	19	16	110
Sim	14	4	3	21
Total	89	23	19	131

Fonte: A autora.

#### 5.2.4 Tratamentos não realizados ou não finalizados

Dentre os 131 dentes indicados para endodontia, o tratamento endodôntico não foi realizado ou finalizado em 41 dentes (41/131 – 31,3%) de 36 pacientes e os motivos para não realização dos tratamentos foram coletados e descritos.

Em 9 casos (09/131 – 6,9%) em 8 pacientes (08/98 – 8,2%) observou-se que o tratamento não foi realizado devido à falta de colaboração do paciente. Desses pacientes, 7 apresentavam DID com nível severo e 1 moderado. Todos foram indicados para realização do tratamento sob anestesia geral em âmbito hospitalar, porém não havia informações nos prontuários sobre o desfecho dos casos.

Nos demais casos, ou seja, 32 dentes (32/131 - 24,43%) indicados para endodontia cujo tratamento não foi realizado, foi descrito que a contraindicação não ocorreu por motivos comportamentais, sendo que, em 11 casos do total (11/131 – 8,4%) o tratamento endodôntico não foi indicado pois não houve exposição pulpar e a mesma apresentava-se normal ou com inflamação (pulpite) reversível. Dezesesseis casos (16/131 – 12,2%) houve indicação de exodontia devido a perda estrutural que impossibilitaria a reabilitação do dente e função mastigatória, em 6 casos (06/131 – 4,6%) o endodontista responsável optou por manter o acompanhamento radiográfico e realizar nova avaliação no futuro, em 2 casos (02/131 – 1,5%) os condutos estavam calcificados, e 1 caso (01/131 – 0,76%) houve recusa do tratamento por parte do cuidador que não concordou com o diagnóstico apresentado pelo endodontista e optou por buscar dentista particular para nova avaliação.

### 5.2.5 Tratamentos endodônticos finalizados

Dos 90 dentes (90/131 – 68,7%) cujo a tratamento endodôntico foi realizado, 65 (65/90 – 72,2%) casos foram realizados em sessão única, 19 (19/90 – 21,1%) necessitaram de 2 sessões, 4 casos (04/90 – 4,4%) de 3 sessões e 1 caso (01/90 – 1,1%) de 4 sessões.

Dos casos não realizados em sessão única, apenas 3 foram necessárias sessões extras devido à dificuldade de colaboração do paciente, como choro ou cansaço. Nos demais casos em que houve necessidade de consultas adicionais, o motivo foi relacionado a dificuldades técnicas ou intercorrências relativas ao próprio tratamento, como canais calcificados ou atrésicos, anatomia interna complexa ou supuração persistente.

Nos 90 tratamentos finalizados, foi utilizado isolamento absoluto em 49 casos (49/90 – 54,4%), em 34 prontuários (34/90 - 37,8%) esse dado não estava descrito e em 7 casos (7/90 – 7,8%) houve recusa por parte do paciente ou impossibilidade do uso.

Setenta e nove (79/90 – 87,8%) dos tratamentos foram finalizados sem relatos de intercorrências e apresentavam-se radiograficamente dentro dos padrões satisfatórios. Em 11 (11/90 – 12,2%) casos observou-se que o resultado do tratamento estava fora dos padrões esperados. Dentre eles houve 1 fratura de lima endodôntica no interior do conduto, 7 obturações endodônticas com término aquém do comprimento apical e 3 casos de conduto não obturado devido a calcificação (Tabela 5.13).

Tabela 5.13 - Qualidade do tratamento e falhas observadas nos tratamentos finalizados

		<b>Número de dentes (N=90)</b>	<b>Percentual</b>
<b>Tratamento Finalizado</b>	Satisfatório	79	87,8%
	Não satisfatório	11	12,2%
	Obturação aquém do CT	7	1,8%
	Conduto não obturado	3	3,3%
	Fratura de lima	1	1%

Fonte: A autora.

Após o tratamento, foi recomendado a todos os pacientes que fizessem uso de analgésico apenas em caso de dor pós-operatória, por se tratar de um protocolo de controle de dor pós-operatória adotado pelo serviço. Em 4 casos foram prescritos anti-inflamatórios por 5 dias e em 2 casos foi prescrito antibiótico por 7 dias, logo após o tratamento endodôntico.

### 5.3 PÓS- OPERATÓRIO

Foi relatada dor pós-operatória em 5 casos (5/90 – 5,5%), sendo que 2 de origem muscular devido ao tempo que permanência de abertura de boca e 3 decorrentes do tratamento endodôntico. Em 1 caso foi descrita ocorrência de edema após o tratamento. O quadro de dor foi controlado com uso de anti-inflamatório e analgésico via oral. Em 1 caso foi prescrito uso de antibioticoterapia por 7 dias, prescritos somente após o aparecimento dos sintomas de Flare-up.

## 6 DISCUSSÃO

A amostra incluiu 98 pacientes indicados para tratamento endodôntico de 131 dentes, cujo prontuários foram analisados nesse estudo.

Os prontuários analisados apresentavam-se bem completos e incluíam cópias de todos os exames apresentados pelos pacientes. No entanto, devido ao fato desse centro prestar serviço por muitos anos, a estrutura da anamnese foi modificada algumas vezes, fazendo com que algumas informações fossem acrescentadas ou removidas da entrevista inicial. Por esse motivo, dependendo da época em que o paciente fez seu cadastro, alguns dados não foram coletados e foram considerados como “não descrito” nos resultados.

Os atendimentos foram conduzidos por dentistas do grupo de endodontia, composto por profissionais especializados em endodontia e supervisionados por uma preceptora, autora deste trabalho. Tratamentos realizados pelos dentistas que não fazem parte do grupo de endodontistas foram excluídos uma vez que não há padronização para a técnica operatória e nem para o preenchimento da evolução do caso.

O estudo demonstrou alta porcentagem de pacientes colaboradores com o tratamento (68,7%), constatando que o comportamento não colaborativo não pode ser presumido apenas pela presença de DID. Mesmo nos pacientes que apresentaram média colaboração, os tratamentos foram possíveis e realizados em todos os casos em que foram indicados através de técnicas de condicionamento. Prevalentemente (72,2%) em uma única sessão. Dos 31,3% dos casos não finalizados, apenas 9 casos (09/131 – 6,9%) em 8 pacientes (08/98 – 8,2%) o atendimento foi impossibilitado pelo comportamento não colaborativo. Nos demais, o tratamento foi contraindicado por motivos relacionados à outras condições odontológicas não decorrentes do status mental e que poderiam ser diagnosticadas por um clínico geral se ele tivesse recebido treinamento adequado.

Dentre os 8 pacientes, cujo tratamento foi impossibilitado por questões comportamentais, sete apresentavam quadros de DID severa. Como esperado, pessoas com comprometimento cognitivo mais grave oferecem maiores dificuldades no manejo odontológico. Por outro lado, nosso estudo mostrou que em pessoas com DID moderada ou leve, a deficiência não é um limitador frequente para a realização do tratamento endodôntico em ambulatório.

Infelizmente, não foi possível coletar dados a respeito das manobras de condicionamento e manejo realizadas nesses casos pelos profissionais, devido a raridade com que essas informações foram relatadas com detalhes nos prontuários, porém, as técnicas de manobras de condicionamento são amplamente descritas na literatura.(84)(78)(85)

Outra constatação interessante, foi que, mesmo diante do quadro de sintomatologia dolorosa, o nível de colaboração manteve-se muito elevado, como descrito na tabela 5.12.

Estudos anteriores foram realizados para comparar a percepção e conduta dos cirurgiões dentistas diante de pacientes com DI. Esses trabalhos demonstram que dentistas têm receio em atender um paciente que é definido como sendo portador de DID, mesmo sem conhecer o paciente(15)(14)(13)(20)(61)(62)(16)(1), porém não foram encontrados na literatura trabalhos que avaliassem a realização do tratamento endodôntico e as condições reais enfrentadas durante o procedimento. Nossos resultados demonstraram que tal hesitação não é fundamentada.

A indicação para o grupo de endodontistas de pacientes com DID para tratamento endodôntico, cujo diagnóstico pulpar não foi confirmado pelos endodontistas, nos faz inferir que o correto diagnóstico seja um desafio para o cirurgião dentista. Essa dificuldade dos cirurgiões-dentistas em obter um diagnóstico pulpar confiável e realizar o bom planejamento do tratamento fica evidente nesse estudo quando avaliamos a alta ocorrência de encaminhamentos que resultaram em não indicação do tratamento endodôntico. Dos 131 dentes indicados para endodontia, 8,4% apresentavam status pulpar normal ou pulpite reversível, demonstrando que, diante de carie extensa, o dentista preferiu encaminhar para o especialista em endodontia, antes mesmo de realizar a escarificação.



As circunstâncias que levaram a indicação errônea para tratamento endodôntico, constata a dificuldade dos cirurgiões dentistas generalistas em obter o diagnóstico correto e planejar o tratamento odontológico mais efetivo. Entretanto, não fica claro se a falha estava relacionada ao status de desenvolvimento cognitivo do paciente ou à deficiência de conhecimento e/ou treinamento dos profissionais em realizar o diagnóstico pulpar e planejamento reabilitador propriamente dito. Além disso, nos casos em que a extensa perda de estrutura dentária impossibilitou a manutenção do dente no arco fica impossível estabelecer quais eram as condições no momento da indicação. Dificuldades anatômicas, como atresia e calcificação dos condutos também podem necessitar de avaliação especializada, independente da condição intelectual do paciente.

O grau de severidade da DID demonstrou correlação direta com comprometimento da capacidade motora e de comunicação dos pacientes cujos prontuários foram incluídos no estudo. Quanto maior a severidade da DID, maior o comprometimento motor e menor a capacidade de comunicação (tabelas 5.8 e 5.9). Tais características, principalmente a pobre capacidade de comunicação, representam grande desafio para o cirurgião dentista na realização de diagnóstico e planejamento do tratamento endodôntico.

Frequentemente, o diagnóstico endodôntico é realizado a partir da resposta após aplicação de testes térmicos e mecânicos e avaliação das características da dor e dos sintomas referidos pelo paciente (86)(87). Quando a capacidade de interpretar e descrever os sintomas está reduzida, o diagnóstico da vitalidade e sensibilidade pulpar torna-se menos confiável.

Atualmente não existem estudos sobre o impacto da DID no diagnóstico das doenças pulpares. Todavia, pode traçar um paralelo com trabalhos realizados em odontopediatria, considerando que crianças igualmente apresentam capacidade de compreensão e comunicação limitadas. Em ambos os casos, deve-se ter cautela na decisão de aplicar de testes de sensibilidade, pois a aplicação deles dependem da resposta subjetiva e quanto menor a compreensão do paciente, menos confiáveis serão os resultados. Nesses casos, além de não trazer benefícios clínicos, a simples aplicação desse estímulo, pode desencadear comportamento disruptivos em pacientes menos colaborativos e dificultar o manejo do paciente.(88)

As principais causas odontológicas do encaminhamento para a endodontia foram presença de carie extensa (42,7%) e episódio anterior de dor que os levou a passar por consulta de emergência e chegaram ao serviço com o dente já acessado endodonticamente (33,6%). Observou-se também, que a maior parte dos dentes indicados (62%), apresentavam necrose pulpar com presença de periodontite apical, seguida por quadro de pulpite irreversível. A quantidade de dentes com perda estrutural extensa que impossibilitaram o tratamento endodôntico foi ainda maior, 12,2% do total. Essas características demonstram que o indivíduo permaneceu por longo período convivendo com condições orais desfavoráveis que levaram ao agravamento da infecção, perda estrutural extensa e destruição óssea apical.

As condições frequentes de caries extensas ou de histórico anterior de dor corroboram os dados encontrados na literatura, que pessoas com DID tendem a buscar ou encontrar tratamento somente quando o quadro odontológico é grave ou sintomático. Possivelmente o fato ocorra devido à dificuldade dos cuidadores em perceber as lesões de cárie em fases iniciais, o pobre acesso à atendimentos odontológicos preventivos e a demora em realizar tratamentos das doenças orais que levam a piora do quadro. Frequentemente, os pacientes ou cuidadores relataram que a cavidade de carie ou o curativo, realizado durante atendimento de emergência, permaneceram sem intervenção por longos períodos. O papel da situação financeira dos pacientes nesse quadro muito provavelmente é relevante, mas não foi objeto desse estudo.

Desde o início da atuação do grupo de endodontistas no CAPE, observou-se crescente procura por esse atendimento. Diversos centros de atendimento à PNE, que não realizam tratamento endodônticos, passaram a referenciar a clínica para essa finalidade. Embora não existam registros específicos, tem-se observado aumento progressivo na busca e grande aprovação de tratamentos conservadores por parte dos cuidadores. A possibilidade de tratamento endodôntico mantendo o dente no arco passa a ser uma opção, para essa população com DID.

O relato de auto injúria foi encontrado em 17,3% dos prontuários avaliados, porém não conseguimos associar essa informação com possível quadro algico. De acordo com a literatura (89)(90) a injúria autoprovocada repetidamente é comum em pessoas com DID e esse comportamento pode se agravar quando o indivíduo sente

incomodo ou dor. Por se tratar de um estudo retrospectivo, não foi possível traçar essa relação.

Foi idealizado pela equipe de endodontia, que os tratamentos endodônticos seriam realizados em sessão única sempre que possível. De acordo com a literatura (72) quanto menor o número de sessões, melhor será a percepção do paciente quanto ao tratamento e menor a mobilização dos cuidadores para locomoção do paciente até o local, visto que, esses indivíduos necessitam constantemente de diferentes tipos de cuidados de saúde e terapias multidisciplinares que sobrecarregam as famílias. Nesse estudo observamos que 49% dos tratamentos foram realizados em sessão única. Em 14,5% dos casos, visitas adicionais foram necessárias para conclusão do tratamento. Mas tal necessidade pouco esteve relacionada à deficiência do paciente, visto que apenas 3 casos foram motivados por falta de colaboração ou outras características do quadro clínico da paciente. Os fatores que mais exigiram sessões adicionais foram aqueles inerentes ao próprio tratamento, como dificuldades técnicas, anatomia interna dental complexa ou condição infecciosa mais grave.

Em mais da metade dos pacientes (49/90; 54,4%) que realizaram o tratamento endodôntico, foi usado o isolamento absoluto, porém, a falta dessa informação em 37,8% dos prontuários torna este dado pouco confiável. Considerando que apenas 7,1% relataram que houve recusa do paciente no uso do isolamento, acreditamos que, o número de pacientes que aceitaram o uso do isolamento pode ter sido bem maior. Embora frequentemente o uso de isolamento absoluto seja intolerado ou recusado pelos pacientes, seu uso durante a terapia endodôntica é preconizado por todas as organizações profissionais, incluindo European Society of Endodontology e American Association of Endodontists. O uso desse dispositivo é imprescindível para redução dos riscos de deglutição ou aspiração de instrumentos ou líquidos irrigantes utilizados durante o procedimento. Além disso, representa um aparato importante para controle da infecção intracanal e dessa forma, está diretamente relacionado ao sucesso do tratamento.(91)

De acordo com os prontuários as complicações pós-operatórias foram raras. Apenas 5,5% (5/90) dos pacientes que tiveram o tratamento finalizado relataram sintomatologia dolorosa intensa e retornaram ao serviço para avaliação nos dias subsequentes ao tratamento. Apenas 1 caso de edema foi relatado. A frequência de

tais ocorrências estão dentro do esperado após tratamentos endodônticos, para a população normoreativa, de acordo com a literatura. (92)(81)

Quando ocorreu, a sintomatologia dolorosa foi controlada com analgésico. Dessa forma, pode-se concluir que o cenário pós-operatório apresentado pelos indivíduos com DID incluídos nesse estudo estiveram dentro da normalidade e não demonstraram representar uma preocupação adicional ao inerente ao próprio procedimento.

Compartilhamos as observações de Yap et al.(13), de que o dentista clínico geral decide mais frequentemente pela exodontia ao invés de tratamentos odontológicos conservadores, em pacientes com DID. No entanto percebemos que a presença do grupo de endodontistas no CAPE mudou o comportamento dos clínicos gerais, que passaram a referir cada vez mais os seus pacientes para o tratamento conservador.

Devemos salientar que os atendimentos, diagnóstico e tratamentos endodônticos foram conduzidos por cirurgiões dentistas especialistas em endodontia e com habilidade e treinamento especializado nessa área de atuação. Estudo anterior demonstrou que esse grupo tende a optar pelo tratamento conservador com maior frequência.(13) A experiência técnica pode ter favorecido a obtenção de resultados positivos. Adicionalmente, esse estudo demonstrou que a DID não é um fator impeditivo para a realização de tratamentos endodônticos e que as alterações comportamentais não representam um obstáculo intransponível na grande maioria dos casos. Vale salientar que os endodontistas que realizaram esses tratamentos não eram especialistas em OPNE. O que nos faz refletir sobre a importância de incluirmos cada vez mais as pessoas com DID e outras deficiências nos serviços de saúde geral.

Nem sempre o cirurgião dentista especialista em odontologia para paciente com necessidade especial é capacitado para realizar endodontia, ou outra especialidade odontológica. Nesse caso o seu paciente pode ficar privado de atendimentos mais complexos e que seriam plenamente exequíveis, mesmo em se tratando de indivíduos com necessidades especiais, como é o caso da DID.

Isso leva a uma importante reflexão sobre como está desenhado o serviço de saúde, em especial o público, que raramente aceita pessoas com DID em ambulatórios não dedicados a pacientes com necessidades especiais.

A DID sem dúvida representa uma barreira importante no acesso do indivíduo ao atendimento odontológico em todo o mundo, principalmente quando associada à outras alterações de saúde e mobilidade. Dentre os motivos relevantes para a dificuldade desses pacientes em receber cuidados odontológicos é a falta de cirurgiões-dentistas que se sentem seguros para oferecerem esse tipo de atendimento.(61)(20)(62)(47)(1)

Nesse sentido e motivada pelos resultados práticos do grupo de endodontia do CAPE e pelos resultados teóricos apresentados nesse estudo, salientamos a importância da formação humanista e completa do cirurgião dentista, especialmente no que diz respeito a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade.



## 7 CONCLUSÕES

Nossos resultados permitiram nos concluir que:

- A DID não foi considerada um impeditivo para realização do tratamento endodôntico em nível ambulatorial.
- A maioria das dificuldades de colaboração por parte dos indivíduos com DID durante o tratamento endodôntico foram controladas com técnicas de condicionamento realizadas pelos cirurgiões dentistas, de forma a possibilitar o término do tratamento em uma ou duas sessões de atendimento.
- A maioria dos tratamentos finalizados nessa população obteve sucesso e, aqueles cujos padrões do tratamento estavam fora do satisfatório, não foram relacionados ao comprometimento neurológico ou comportamental dos indivíduos com DID.
- Observou-se dificuldade por parte dos clínicos-gerais na realização do diagnóstico pulpar e plano de tratamento, levando erroneamente a indicação de endodontia.
- As dificuldades e intercorrências ocorridas durante o tratamento raramente foi relacionada à DID, mas sim a dificuldades técnicas relativas à anatomia dental.
- Os eventos pós-operatórios foram raros e dentro do esperado na população em geral descritos na literatura.
- São necessários mais estudos sobre o tema afim de desmistificar o tratamento endodôntico na população com DID.





## REFERENCIAS

1. da Rosa SV, Moysés SJ, Theis LC, Soares RC, Moysés ST, Werneck RI, Rocha JS. Barriers in Access to Dental Services Hindering the Treatment of People with Disabilities: A Systematic Review. *Int J Dent*. 2020 Jul 23;2020:9074618. doi: 10.1155/2020/9074618.
2. Shea SE. Intellectual disability (mental retardation). *Pediatr Rev*. 2012 Mar;33(3):110-21; quiz 120-1. doi: 10.1542/pir.33-3-110.
3. Lee K, Cascella M, Marwaha R. Intellectual Disability. 2022 Sep 21. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls, 2022 Jan-. PMID: 31613434. [Internet] [citado 21 set 2022]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547654/>
4. Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português Universidade de São Paulo. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde / [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla]. – 1. ed., 1. reimpre. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008. Título original: ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health. Bibliografia. ISBN 978-85-314-0784-0. [E-book] [citado 29 ago. 2022]. Disponível em [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840\\_por.pdf?sequence=111](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf?sequence=111)
5. Instituto APAE. Glossário Temático Deficiência Intelectual. São Paulo. 1º ed. 2014 [E-book] [citado 30 ago. 2022]. Disponível em <https://doceru.com/doc/nes0c58>
6. Harris JC. New terminology for mental retardation in DSM-5 and ICD-11. *Curr Opin Psychiatry*. 2013 May;26(3):260-2. doi: 10.1097/YCO.0b013e32835fd6fb.
7. Iwase S, Bérubé NG, Zhou Z, Kasri NN, Battaglioli E, Scandaglia M, Barco A. Epigenetic Etiology of Intellectual Disability. *J Neurosci*. 2017 Nov 8;37(45):10773-10782. doi: 10.1523/JNEUROSCI.1840-17.2017.

8. Guaré Rde O, Ciamponi AL. Dental caries prevalence in the primary dentition of cerebral-palsied children. *J Clin Pediatr Dent*. 2003 Spring;27(3):287-92. PMID: 127396933.
9. Diário Oficial da União. Presidência da República; Casa Civil; Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. [citado 30 ago. 2022]. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm4](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm4).
10. Pinto A, Köptcke LS, David R, Kuper H. A National Accessibility Audit of Primary Health Care Facilities in Brazil-Are People with Disabilities Being Denied Their Right to Health? *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 13;18(6):2953. doi: 10.3390/ijerph18062953.
11. Gondlach C, Catteau C, Hennequin M, Faulks D. Evaluation of a Care Coordination Initiative in Improving Access to Dental Care for Persons with Disability. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Aug 1;16(15):2753. doi: 10.3390/ijerph16152753.
12. Camoin A, Tardieu C, Dany L, Saliba-Serre B, Faulks D, Coz PL. Inequalities in treatment planning for children with intellectual disabilities: A questionnaire study of dentists in Europe. *Spec Care Dentist*. 2020 Jul;40(4):356-363. doi: 10.1111/scd.12482.
13. Yap E, Parashos P, Borromeo GL. Root canal treatment and special needs patients. *Int Endod J*. 2015 Apr;48(4):351-61. doi: 10.1111/iej.12321.
14. Adyanthaya A, Sreelakshmi N, Ismail S, Raheema M. Barriers to dental care for children with special needs: General dentists' perception in Kerala, India. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2017 Jul-Sep;35(3):216-222. doi: 10.4103/JISPPD.JISPPD\_152\_16.
15. Byrappagari D, Jung Y, Chen K. Oral health care for patients with developmental disabilities: A survey of Michigan general dentists. *Spec Care Dentist*. 2018 Sep;38(5):281-290. doi: 10.1111/scd.12303.

16. Ahmad MS, Razak IA, Borromeo GL. Special needs dentistry: perception, attitudes and educational experience of Malaysian dental students. *Eur J Dent Educ.* 2015 Feb;19(1):44-52. doi: 10.1111/eje.12101.
17. Faker K, Tostes MA, Paula VAC. Impact of untreated dental caries on oral health-related quality of life of children with special health care needs. *Braz Oral Res.* 2019 Mar 18;32:e117. doi: 10.1590/1807-3107BOR-2018.vol32.0117.
18. Okamoto N, Amano N, Nakamura T, Yanagi M. Relationship between tooth loss, low masticatory ability, and nutritional indices in the elderly: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2019 Jun 13;19(1):110. doi: 10.1186/s12903-019-0778-5.
19. De-Deus G, Canabarro A. Strength of recommendation for single-visit root canal treatment: grading the body of the evidence using a patient-centred approach. *Int Endod J.* 2017 Mar;50(3):251-259. doi: 10.1111/iej.12621.
20. Holzinger A, Lettner S, Franz A. Attitudes of dental students towards patients with special healthcare needs: Can they be improved? *Eur J Dent Educ.* 2020 May;24(2):243-251. doi: 10.1111/eje.12490.
21. Social Security Administration. Change in terminology: "mental retardation" to "intellectual disability." Final rule. *Fed Regist.* 2013 Aug 1;78(148):46499-502. PMID: 23923138.
22. Leal Rocha L, Vieira de Lima Saintrain M, Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer A. Access to dental public services by disabled persons. *BMC Oral Health.* 2015 Mar 13;15:35. doi: 10.1186/s12903-015-0022-x.
23. Purugganan O. Intellectual Disabilities. *Pediatr Rev.* 2018 Jun;39(6):299-309. doi: 10.1542/pir.2016-0116.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019: país tem 17,3 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência. [homepage on the Internet]. Rio de Janeiro. 2021. [citado 20 jul 2022]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-denoticias/releases/31445-pns-2019-pais-tem-17-3-milhoes-de-pessoas-com-algum-tipo-dedeficiencia?s=08>.

25. Bertelli MO, Cooper SA, Salvador-Carulla L. Intelligence and specific cognitive functions in intellectual disability: implications for assessment and classification. *Curr Opin Psychiatry*. 2018 Mar;31(2):88-95. doi: 10.1097/YCO.0000000000000387.
26. McCarthy J, O'Hara J. Ill-health and intellectual disabilities. *Curr Opin Psychiatry*. 2011 Sep;24(5):382-6. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283476b21.
27. O'Leary L, Cooper SA, Hughes-McCormack L. Early death and causes of death of people with intellectual disabilities: A systematic review. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2018 May;31(3):325-342. doi: 10.1111/jar.12417. Epub 2017 Oct 6.
28. Dykens EM. Aging in rare intellectual disability syndromes. *Dev Disabil Res Rev*. 2013;18(1):75-83. doi: 10.1002/ddrr.1130.
29. Landes SD, Stevens JD, Turk MA. Cause of death in adults with intellectual disability in the United States. *J Intellect Disabil Res*. 2021 Jan;65(1):47-59. doi: 10.1111/jir.12790.
30. Bittles AH, Petterson BA, Sullivan SG, Hussain R, Glasson EJ, Montgomery PD. The influence of intellectual disability on life expectancy. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002 Jul;57(7):M470-2. doi: 10.1093/gerona/57.7.m470.
31. Coppus AM. People with intellectual disability: what do we know about adulthood and life expectancy? *Dev Disabil Res Rev*. 2013;18(1):6-16. doi: 10.1002/ddrr.1123.
32. Dolan E, Lane J, Hillis G, Delanty N. Changing Trends in Life Expectancy in Intellectual Disability over Time. *Ir Med J*. 2019 Oct 15;112(9):1006. PMID: 31651135.
33. van Timmeren EA, van der Putten AA, van Schrojenstein Lantman-de Valk HM, van der Schans CP, Waning A. Prevalence of reported physical health problems in people with severe or profound intellectual and motor disabilities: a cross-sectional study of medical records and care plans. *J Intellect Disabil Res*. 2016 Nov;60(11):1109-1118. doi: 10.1111/jir.12298.

34. van Timmeren EA, Waning A, van Schrojenstein Lantman-de HMJ, van der Putten AAJ, van der Schans CP. Patterns of multimorbidity in people with severe or profound intellectual and motor disabilities. *Res Dev Disabil*. 2017 Aug;67:28-33. doi: 10.1016/j.ridd.2017.05.002.
35. Van Naarden Braun K, Christensen D, Doernberg N, Schieve L, Rice C, Wiggins L, Schendel D, Yeargin-Allsopp M. Trends in the prevalence of autism spectrum disorder, cerebral palsy, hearing loss, intellectual disability, and vision impairment, metropolitan atlanta, 1991-2010. *PLoS One*. 2015 Apr 29;10(4):e0124120. doi: 10.1371/journal.pone.0124120.
36. Busija L, Lim K, Szoek C, Sanders KM, McCabe MP. Do replicable profiles of multimorbidity exist? Systematic review and synthesis. *Eur J Epidemiol*. 2019 Nov;34(11):1025-1053. doi: 10.1007/s10654-019-00568-5.
37. Liao P, Vajdic C, Trollor J, Reppermund S. Prevalence and incidence of physical health conditions in people with intellectual disability - a systematic review. *PLoS One*. 2021 Aug 24;16(8):e0256294. doi: 10.1371/journal.pone.0256294.
38. Shevell M. Global developmental delay and mental retardation or intellectual disability: conceptualization, evaluation, and etiology. *Pediatr Clin North Am*. 2008 Oct;55(5):1071-84, xi. doi: 10.1016/j.pcl.2008.07.010.
39. Salles PS, Tannure PN, Oliveira CA, Souza IP, Portela MB, Castro GF. Dental needs and management of children with special health care needs according to type of disability. *J Dent Child (Chic)*. 2012 Sep-Dec;79(3):165-9. PMID: 23433620.
40. 40. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist*. 2010 May-Jun;30(3):110-7. doi: 10.1111/j.1754-4505.2010.00136.x.
41. Allerton LA, Welch V, Emerson E. Health inequalities experienced by children and young people with intellectual disabilities: a review of literature from the United Kingdom. *J Intellect Disabil*. 2011 Dec;15(4):269-78. doi: 10.1177/1744629511430772.

42. Ward LM, Cooper SA, Hughes-McCormack L, Macpherson L, Kinnear D. Oral health of adults with intellectual disabilities: a systematic review. *J Intellect Disabil Res.* 2019 Nov;63(11):1359-1378. doi: 10.1111/jir.12632.
43. Zhou N, Wong HM, Wen YF, Mcgrath C. Oral health status of children and adolescents with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol.* 2017 Oct;59(10):1019-1026. doi: 10.1111/dmcn.13486.
44. Vermaire JH, Kalf SM, Schuller AA. Oral health and oral health behaviour of adolescents with mild or borderline intellectual disabilities compared with a national representative sample of 17-year-olds in the Netherlands. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2021 Mar;34(2):615-623. doi: 10.1111/jar.12829.
45. Bui S, Meyer BD. Caries and Oral Health Behaviors Among Children With and Without Intellectual and Developmental Disabilities. *JAMA Pediatr.* 2022 Jul 1;176(7):722-724. doi: 10.1001/jamapediatrics.2022.0512.
46. Liu M, Shi Y, Wu K, Xie W, Ser HL, Jiang Q, Wu L. From Mouth to Brain: Distinct Supragingival Plaque Microbiota Composition in Cerebral Palsy Children With Caries. *Front Cell Infect Microbiol.* 2022 Apr 11;12:814473. doi: 10.3389/fcimb.2022.814473.
47. Obeidat R, Noureldin A, Bitouni A, Abdellatif H, Lewis-Miranda S, Liu S, Badner V, Timothé P. Oral health needs of U.S. children with developmental disorders: a population-based study. *BMC Public Health.* 2022 Apr 29;22(1):861. doi: 10.1186/s12889-022-13237-2.
48. Oliveira JS, Prado Júnior RR, de Sousa Lima KR, de Oliveira Amaral H, Moita Neto JM, Mendes RF. Intellectual disability and impact on oral health: a paired study. *Spec Care Dentist.* 2013 Nov-Dec;33(6):262-8. doi: 10.1111/scd.12015.
49. Hennequin M, Moysan V, Jourdan D, Dorin M, Nicolas E. Inequalities in oral health for children with disabilities: a French national survey in special schools. *PLoS One.* 2008 Jun 25;3(6):e2564. doi: 10.1371/journal.pone.0002564.

50. Sannicandro T, Parish SL, Son E, Powell RM. Health Care Changes for Children with Special Health Care Needs, 2005-2011. *Matern Child Health J.* 2017 Mar;21(3):524-530. doi: 10.1007/s10995-016-2136-4.
51. Kumar S, Sharma J, Duraiswamy P, Kulkarni S. Determinants for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2009 Jul-Sep;27(3):151-7. doi: 10.4103/0970-4388.57095.
52. Parish SL, Shattuck PT, Rose RA. Financial burden of raising CSHCN: association with state policy choices. *Pediatrics.* 2009 Dec;124 Suppl 4:S435-42. doi: 10.1542/peds.2009-1255P.
53. Yuen HK, Wolf BJ, Bandyopadhyay D, Magruder KM, Selassie AW, Salinas CF. Factors that limit access to dental care for adults with spinal cord injury. *Spec Care Dentist.* 2010 Jul-Aug;30(4):151-6. doi: 10.1111/j.1754-4505.2010.00146.x.
54. Tomaz RVV, Santos VA, Silva de Avó LRD, Germano CMR, Melo DG. Impacto da deficiência intelectual moderada na dinâmica e na qualidade de vida familiar: um estudo clínico-qualitativo [Impact of moderate intellectual disability on the dynamics and quality of family life: a qualitative clinical study]. *Cad Saude Publica.* 2017 Nov 21;33(11):e00096016. Portuguese. doi: 10.1590/0102-311X00096016.
55. Rodrigues SA, Fontanella BJB, de Avó LRS, Germano CMR, Melo DG. A qualitative study about quality of life in Brazilian families with children who have severe or profound intellectual disability. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2019 Mar;32(2):413-426. doi: 10.1111/jar.12539.
56. Presidência da República; Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE; Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência - SICORDE. A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência comentada / Coordenação de Ana Paula Crosara de Resende e Flavia Maria de Paiva Vital. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. [internet]. [citado 26 ago 2022]. Disponível em <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/acessibilidade-digital/convencao-direitos-pessoas-deficiencia-comentada.pdf>

57. Diário Oficial da União. Presidência da República; Casa Civil; Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.[internet] [citado 30 ago. 2022]. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm);
58. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. Brasília. 2019. [internet]. [citado 30 ago 2022]. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atencao\\_saude\\_bucal\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_bucal_pessoa_deficiencia.pdf)
59. Condessa AM, Lucena EHG, Figueiredo N, Goes PSA, Hilgert JB. Specialized dental care for people with disabilities in Brazil: profile of the Dental Specialty Centers, 2014. *Epidemiol Serv Saude*. 2020 Sep 25;29(5):e2018154. English, Portuguese. doi: 10.1590/S1679-49742020000500001.
60. Bastani P, Mohammadpour M, Ghanbarzadegan A, Rossi-Fedele G, Peres MA. Provision of dental services for vulnerable groups: a scoping review on children with special health care needs. *BMC Health Serv Res*. 2021 Dec 4;21(1):1302. doi: 10.1186/s12913-021-07293-4.
61. Delucia LM, Davis EL. Dental students' attitudes toward the care of individuals with intellectual disabilities: relationship between instruction and experience. *J Dent Educ*. 2009 Apr;73(4):445-53.
62. Alshatrat SM, Al-Bakri IA, Al-Omari WM. Dental Service Utilization and Barriers to Dental Care for Individuals with Autism Spectrum Disorder in Jordan: A Case-Control Study. *Int J Dent*. 2020 Aug 3;2020:3035463. doi: 10.1155/2020/3035463.
63. Phlypo I, De Tobel J, Marks L, De Visschere L, Koole S. Integrating community service learning in undergraduate dental education: A controlled trial in a residential facility for people with intellectual disabilities. *Spec Care Dentist*. 2018 Jul;38(4):201-207. doi: 10.1111/scd.12298.
64. Veeraboina N, Doshi D, Kulkarni S, Patanapu SK, Dantala SN, Srilatha A. Tooth loss and oral health-related quality of life among adult dental patients: A cross-sectional study. *Indian J Dent Res*. 2022 Jan-Mar;33(1):2-6. doi: 10.4103/ijdr.IJDR\_426\_19.



65. Mac Giolla Phadraig C, Nunn J, McCallion P, McCarron M. Prevalence of edentulism among adults with intellectual disabilities: A narrative review informed by systematic review principles. *Spec Care Dentist*. 2018 Jul;38(4):191-200. doi: 10.1111/scd.12300.
66. Mac Giolla Phadraig C, Nunn J, McCallion P, Donnelly-Swift E, van Harten M, McCarron M. Total tooth loss without denture wear is a risk indicator for difficulty eating among older adults with intellectual disabilities. *J Oral Rehabil*. 2019 Feb;46(2):170-178. doi: 10.1111/joor.12738.
67. Wigsten E, Kvist T, Jonasson P; EndoReCo, Davidson T. Comparing Quality of Life of Patients Undergoing Root Canal Treatment or Tooth Extraction. *J Endod*. 2020 Jan;46(1):19-28.e1. doi: 10.1016/j.joen.2019.10.012.
68. Lopez Silva CP, Singh A, Calache H, Derbi HA, Borromeo GL. Association between disability status and dental attendance in Australia-A population-based study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2021 Feb;49(1):33-39. doi: 10.1111/cdoe.12571.
69. Merchan LP, Probst LF, Simões ACCD, Raimundo ACS, Cavalcanti YW, Cavalcante DFB, Câmara JVF, Pereira AC. Economic analysis of the different endodontic instrumentation techniques used in the Unified Health System. *BMC Oral Health*. 2022 Aug 11;22(1):344. doi: 10.1186/s12903-022-02369-x.
70. Rambabu T, Srikanth V, Sajjan GS, Ganguru S, Gayatri C, Roja K. Comparison of Tentative Radiographic Working Length with and without grid Versus Electronic Apex Locator. *Contemp Clin Dent*. 2018 Jan-Mar;9(1):88-91. doi: 10.4103/ccd.ccd\_790\_17.
71. Kuzekanani M. Nickel-Titanium Rotary Instruments: Development of the Single-File Systems. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2018 Sep-Oct;8(5):386-390. doi: 10.4103/jispcd.JISPCD\_225\_18.
72. Freitas GR, Ribeiro TM, Vilella FSG, de Melo TAF. Influence of endodontic cavity access on curved root canal preparation with ProDesign Logic rotary instruments. *Clin Oral Investig*. 2021 Feb;25(2):469-475. doi: 10.1007/s00784-020-03390-6.

73. Al-Razhi B, Fadag A, Alqutaibi AY. Limited Evidence Suggests that Single-visit RCT may Have a Similar Risk of Long-term Complications but a Higher Risk of Flare-Ups Compared with Multiple-Visit Endodontic Treatments. *J Evid Based Dent Pract.* 2018 Sep;18(3):243-245. doi: 10.1016/j.jebdp.2018.06.001.
74. Figini L, Lodi G, Gorni F, Gagliani M. Single versus multiple visits for endodontic treatment of permanent teeth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Oct 17;(4):CD005296. doi: 10.1002/14651858.CD005296.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Dec 01;12 :CD005296.
75. Schwendicke F, Göstemeyer G. Single-visit or multiple-visit root canal treatment: systematic review, meta-analysis and trial sequential analysis. *BMJ Open.* 2017 Feb 1;7(2):e013115. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013115.
76. Penesis VA, Fitzgerald PI, Fayad MI, Wenckus CS, BeGole EA, Johnson BR. Outcome of one-visit and two-visit endodontic treatment of necrotic teeth with apical periodontitis: a randomized controlled trial with one-year evaluation. *J Endod.* 2008 Mar;34(3):251-7. doi: 10.1016/j.joen.2007.12.015.
77. Chung SH, Chun KA, Kim HY, Kim YS, Chang J. Periapical Healing in Single-visit Endodontics under General Anesthesia in Special Needs Patients. *J Endod.* 2019 Feb;45(2):116-122. doi: 10.1016/j.joen.2018.10.020.
78. Camoin A, Dany L, Tardieu C, Ruquet M, Le Coz P. Ethical issues and dentists' practices with children with intellectual disability: A qualitative inquiry into a local French health network. *Disabil Health J.* 2018 Jul;11(3):412-419. doi: 10.1016/j.dhjo.2018.01.001.
79. Hizatugu R. *Endodontia em Sessão Única*. 2ª edição. Editora Santos. São Paulo; 2012. 208 p.
80. García-Guerrero C, Delgado-Rodríguez CE, Molano-González N, Pineda-Velandia GA, Marín-Zuluaga DJ, Leal-Fernandez MC, Gutmann JL. Predicting the outcome of initial non-surgical endodontic procedures by periapical status and quality of root canal filling: a cohort study. *Odontology.* 2020 Oct;108(4):697-703. doi: 10.1007/s10266-020-00494-z.

81. AlRahabi MK. Predictors, prevention, and management of postoperative pain associated with nonsurgical root canal treatment: A systematic review. *J Taibah Univ Med Sci*. 2017 May 9;12(5):376-384. doi: 10.1016/j.jtumed.2017.03.004.
82. R Core Team. A Language and environment for statistical computing. (Version 4.0). [Computer software]; 2021.
83. Jamovi. The jamovi project (2021). (Version 2.2). [Computer Software]; 2021.
84. Altabet, S.C. Decreasing Dental Resistance Among Individuals with Severe and Profound Mental Retardation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 2002 14, 297–305 (). <https://doi.org/10.1023/A:1016032623478>
85. Kim G, Carrico C, Ivey C, Wunsch PB. Impact of sensory adapted dental environment on children with developmental disabilities. *Spec Care Dentist*. 2019 Mar;39(2):180-187. doi: 10.1111/scd.12360.
86. Alghaithy RA, Qualtrough AJ. Pulp sensibility and vitality tests for diagnosing pulpal health in permanent teeth: a critical review. *Int Endod J*. 2017 Feb;50(2):135-142. doi: 10.1111/iej.12611.
87. Donnermeyer D, Dammaschke T, Lipski M, Schäfer E. Effectiveness of diagnosing pulpitis: A systematic review. *Int Endod J*. 2022 May 10. doi: 10.1111/iej.13762.
88. Igna A, Mircioagă D, Boariu M, Stratul ȘI. A Diagnostic Insight of Dental Pulp Testing Methods in Pediatric Dentistry. *Medicina (Kaunas)*. 2022 May 16;58(5):665. doi: 10.3390/medicina58050665.
89. Matson JL, Turygin NC. How do researchers define self-injurious behavior? *Res Dev Disabil*. 2012 Jul-Aug;33(4):1021-6. doi: 10.1016/j.ridd.2012.01.009.

90. Summers J, Shahrami A, Cali S, D'Mello C, Kako M, Palikucin-Reljin A, Savage M, Shaw O, Lunsky Y. Self-Injury in Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability: Exploring the Role of Reactivity to Pain and Sensory Input. *Brain Sci.* 2017 Oct 26;7(11):140. doi: 10.3390/brainsci7110140.

91. Ahmad IA. Rubber dam usage for endodontic treatment: a review. *Int Endod J.* 2009 Nov;42(11):963-72. doi: 10.1111/j.1365-2591.2009.01623.x. PMID: 19825034.

92. Law AS, Nixdorf DR, Aguirre AM, Reams GJ, Tortomasi AJ, Manne BD, Harris DR; National Dental PBRN Collaborative Group. Predicting severe pain after root canal therapy in the National Dental PBRN. *J Dent Res.* 2015 Mar;94(3 Suppl):37S-43S. doi: 10.1177/0022034514555144.

a.

## APÊNDICE A – Ficha de coleta



**TRATAMENTO ENDODONTICO EM PACIENTES COM DEFICIÊNCIA  
INTELLECTUAL E DO DESENVOLVIMENTO**

Nº CEP - CAAE: 50822721.0.0000.0075 - Nº do Parecer: 4.971.879



**FICHA DE COLETA DE DADOS**

**1. DADOS DEMOGRÁFICOS**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ N° Cape: \_\_\_\_\_

Auto referência da cor da pele: ( )Branca ( )Parda ( )Amarela ( )Negra ( ) Outra

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Feminino ( )Masculino

Doença de Base: \_\_\_\_\_

- 1.1. Cuidador: ( ) pais ( ) outro familiar \_\_\_\_\_ ( )Enfermeiro ( ) Cuidador contratado
- 1.2. Reside em: ( ) Instituição ( ) Junto à família
- 1.3. Déficit intelectual: ( )Leve ( )Moderado ( )Severo ( )Não descrito

**2. ANAMNESE**

- 2.1. Já teve convulsão: ( ) Sim ( ) Não Frequência? \_\_\_\_\_
- 2.2. Apresenta relato de automutilação? ( ) Sim ( ) Não
- 2.3. Comorbidades secundárias:

Doença ou condição	Observações

**2.4. Medicamentos de uso contínuo:**

Nome	Apresentação	Posologia	Indicação

**3. PADRÕES DE COMPORTAMENTO - Descritos pelo cuidador na anamnese ou laudo médico**

- 3.1. Capacidade motora:  
( )sem alterações ( )levemente reduzida ( ) gravemente reduzida ( )Sem capacidade
- 3.2. Participativo em atividades: ( )Sim ( )Não ( )As vezes
- 3.3. Agressivo: ( )Sim ( )Não ( )As vezes
- 3.4. Capacidade de comunicação:  
( )sem alterações ( )levemente reduzida ( ) gravemente reduzida ( )Sem capacidade

#### 4. INFORMAÇÕES ODONTOLÓGICAS

- 4.1. N° do dente: \_\_\_\_\_
- 4.2. Motivo da indicação para endodontia: \_\_\_\_\_
- 4.3. Apresentava dor no momento da consulta: ( ) Sim ( ) Não
- 4.4. Diagnóstico pulpar:  
 ( ) Exposição Pulpar  
 ( ) Pulpite reversível  
 ( ) Pulpite Irreversível  
 ( ) Necrose pulpar sem periodontite apical  
 ( ) Necrose pulpar com periodontite apical  
 ( ) Outros: \_\_\_\_\_
- 4.5. Número de sessões: \_\_\_\_\_
- 4.6. Usou isolamento: ( ) Sim ( ) Não
- 4.7. Nível de colaboração relatado pelos dentistas em relação ao manejo e comportamento:  
 ( ) Pobre colaboração ( ) Média colaboração ( ) Alta colaboração
- 4.8. O tratamento foi finalizado: ( ) Sim ( ) Não
- 4.8.1 Se não foi realizado ou finalizado, motivo:  
 ( ) Não houve exposição pulpar/ dente apresenta vitalidade/ não indicado tratamento endodôntico  
 ( ) Indicado para exodontia  
 ( ) Paciente não colaborativo  
 ( ) Paciente não aceitou o tratamento por algum motivo? Qual: \_\_\_\_\_  
 ( ) Cirurgião-dentista optou pelo acompanhamento radiográfico  
 ( ) Outro: \_\_\_\_\_
- 4.9. Foi realizada sedação química antes da consulta? ( ) Sim ( ) Não
- Descrição da medicação de sedação administrada: \_\_\_\_\_

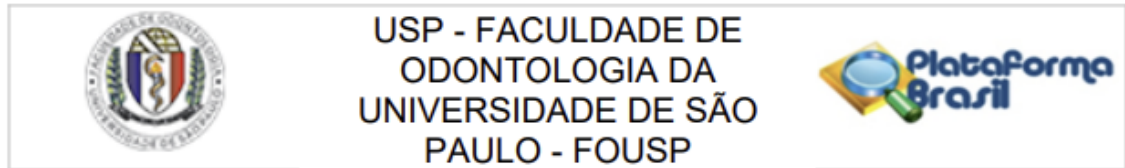
#### 5. RESULTADO DO TRATAMENTO

- 5.1. ( ) Tratamento satisfatório e sem intercorrências
- 5.2. ( ) Tratamento insatisfatório ou intercorrências:  
 5.2.1 ( ) Canal calcificado  
 5.2.2 ( ) Fratura de lima  
 5.2.3 ( ) Obturação incompleta  
 5.2.4 ( ) Obturação extravasada  
 5.2.5 ( ) Perfuração da raiz  
 5.2.6 ( ) Outro \_\_\_\_\_
- 5.3. Observações sobre o tratamento: \_\_\_\_\_
- 5.4. Aspectos e técnicas de manejo comportamental: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

#### 6. PÓS-OPERATORIO

- 6.1. Paciente relatou dor após o procedimento: ( ) Sim ( ) Não
- 6.2. Houve complicação pós-operatória: ( ) Sim ( ) Não
- 6.3. Descrição de complicações pós-operatórias:  
 \_\_\_\_\_
- 6.4. Houve prescrição de medicação pós-operatória: ( ) Sim ( ) Não
- 6.5. Descrição da medicação pós-operatória:  
 \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM INDIVÍDUOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: MANEJO DO PACIENTE E QUALIDADE DO TRATAMENTO

**Pesquisador:** Marina Helena Cury Gallottini

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 50822721.0.0000.0075

**Instituição Proponente:** Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

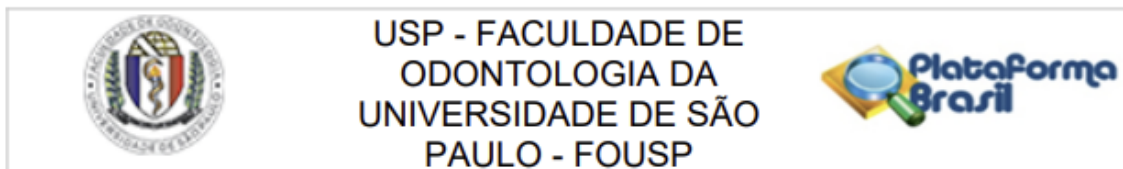
**Número do Parecer:** 4.971.879

**Apresentação do Projeto:**

As informações aqui elencadas foram retiradas do documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1514139.pdf, incluído em 15/08/2021. "Trata-se de um estudo retrospectivo, onde serão avaliados os prontuários de pacientes com DI, encaminhados para tratamento endodôntico de um ou mais dentes no Centro de Atendimento de Pacientes Especiais (CAPE) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo no período entre os anos de 2016 e 2020. Serão incluídos e analisados na pesquisa todos os prontuários de pacientes que apresentem algum grau de DI encaminhados para tratamento endodôntico pelo grupo de endodontia encaminhados por outros dentistas atuantes do CAPE. Os prontuários cujas informações pertinentes ao atendimento endodôntico estejam ausentes ou incompletas serão excluídos do estudo. Os tratamentos endodônticos foram realizados por um grupo específico de cirurgiões dentistas treinados em endodontia, que iniciaram um projeto de extensão no CAPE, em 2016 denominado "mutirão da endo". Todos os tratamentos foram realizados utilizando o mesmo protocolo de tratamento. Os dados coletados serão coletados em 6 partes: Dados demográficos, histórico médico, perfil comportamental e tratamento endodôntico, resultado do tratamento e pós-operatório. Os prontuários cujas informações pertinentes ao atendimento endodôntico estejam ausentes ou incompletas serão excluídos do estudo. Ao final, será determinado o índice de tratamentos endodônticos finalizados em indivíduos com deficiência intelectual e número de

**Endereço:** Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar , sala 02 da administração  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7960 **E-mail:** cepfo@usp.br





Continuação do Parecer: 4.971.879

sessões necessárias para conclusão do tratamento e o perfil dos pacientes com deficiência intelectual que receberam tratamento endodôntico no CAPE, bem como as características do atendimento serão descritos."

**Objetivo da Pesquisa:**

As informações aqui elencadas foram retiradas do documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1514139.pdf, incluído em 15/08/2021. "Objetivo Primário: O objetivo desse trabalho é conhecer a viabilidade na execução, as características da intervenção e o grau de sucesso dos tratamentos endodônticos realizados em pessoas com deficiência intelectual atendidas no CAPE FOU SP.

**Objetivo Secundário:**

Adicionalmente queremos elencar as principais dificuldades e desafios no manejo transoperatório de tratamentos endodônticos em pessoas com deficiência intelectual a fim de buscar soluções que minimizem essas barreiras e gerar evidências que norteiem a capacitação e treinamento dos profissionais nessa área."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As informações aqui elencadas foram retiradas do documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1514139.pdf, incluído em 15/08/2021.

**Riscos:**

Os riscos dessa pesquisa são aqueles inerentes aos estudos retrospectivos, nos quais pode haver exposição dos dados dos pacientes.

**Benefícios:**

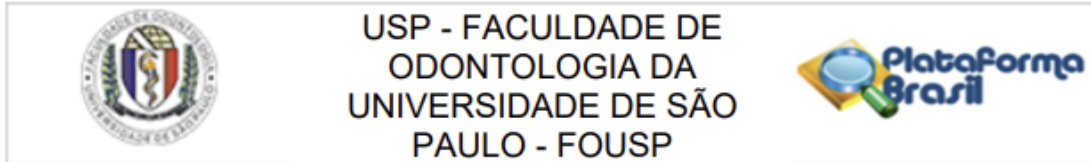
Esses resultados serão importantes para desmistificar o atendimento odontológico do indivíduo com DI e dar suporte aos cirurgiões dentistas nas decisões do planejamento clínico."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo retrospectivo, onde serão avaliados os prontuários de pacientes com DI, encaminhados para tratamento endodôntico de um ou mais dentes no Centro de Atendimento de Pacientes Especiais (CAPE) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo no período entre os anos de 2016 e 2020. Serão utilizados os prontuários desses pacientes e diversos dados serão coletados desses prontuários. A coordenadora do Centro, uma das pesquisadoras, é signatária da carta de autorização para utilização dos prontuários. Consta do documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1514139.pdf de 15.08.2021, que "Todos os pacientes assinaram o termo (anexo entre os documentos enviados ao CEP) de autorização do uso de seus

**Endereço:** Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar , sala 02 da administração  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7960 **E-mail:** cepfo@usp.br





Continuação do Parecer: 4.971.879

dados em pesquisas posteriores.". Por isso, o solicita-se a dispensa do TCLE.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Ver campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Recomendações:**

Ver campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo não apresenta óbices éticos. Ressalta-se que os pesquisadores devem, conforme destaca na Carta Circular nº. 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS, de 2011, que cumprimento do sigilo e da confidencialidade, além de exigir que toda pesquisa envolvendo seres humanos trate os mesmos em sua dignidade, respeite-os em sua autonomia e defenda-os em sua vulnerabilidade, conforme Resolução CNS 196/96, itens III.1."a" e IV.1."g".

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciados no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, item XI.2.d..

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "EMENDA", por meio da Plataforma Brasil, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação (Norma Operacional 001/2013 – letra H).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1514139.pdf	15/08/2021 12:38:46		Aceito
Outros	autorizacao_cape.pdf	15/08/2021 12:38:15	MARCELA CRISTINA DA LUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	15/08/2021 12:25:44	MARCELA CRISTINA DA LUZ PONTES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	22/06/2021 09:06:05	MARCELA CRISTINA DA LUZ	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar , sala 02 da administração  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7960 **E-mail:** cepfo@usp.br



USP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - FOUSP



Continuação do Parecer: 4.971.879

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 13 de Setembro de 2021

---

**Assinado por:**  
**Alyne Simões Gonçalves**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar , sala 02 da administração  
**Bairro:** Cidade Universitária      **CEP:** 05.508-900  
**UF:** SP      **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3091-7960      **Fax:** (11)3091-7960      **E-mail:** cepfo@usp.br