

Perfil dos pacientes com deficiências de desenvolvimento sob atendimento odontológico em um projeto de extensão intersetorial

Profile of patients with developmental disabilities under dental care in an intersectoral extension project

Lia Silva de Castilho¹, Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu², Luiza Vidal Leite Ribeiro³, Maria Elisa Souza e Silva⁴, Vera Lúcia Silva Resende⁴

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil dos pacientes atendidos em uma instituição filantrópica onde funciona o projeto de extensão “Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais”. **Métodos:** A amostra foi composta por 581 prontuários de pacientes com necessidades especiais de 0 a 33 anos de idade. Foram coletadas informações sobre as prevalências de cárie nas dentições decídua e permanente, gengivite, xerostomia, bruxismo, refluxo gastroesofágico, sexo, uso de medicação de ação central, uso de chupeta, sucção digital, alimentação e higiene bucal. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e teste do qui-quadrado para verificação de associação entre diagnóstico e sexo. **Resultados:** 51,93% dos pacientes eram meninos, 71,42% possuíam paralisia cerebral, 12,36% tinham refluxo gastroesofágico, 49,30% usavam medicação anticonvulsivante. O diagnóstico de paralisia cerebral quadripáspica esteve associado ao sexo masculino. Dentre as alterações bucais, 4,86% dos casos apresentaram xerostomia. O uso da chupeta foi encontrado em 26,93% dos indivíduos e 18,05% chupavam o dedo. Alterações gengivais foram detectadas em 15,61% das fichas. Em relação à alimentação, 56,97% dos indivíduos consumiam açúcar acima do aceitável, e com relação à higiene bucal, 14,48% foram classificados como ruim e 17,57% moderada. Em 20,57% dos prontuários havia registro de dentes decíduos cariados e em 4,29% de dentes obturados. Do total de pacientes que possuíam dentes permanentes, 13,17% tinha dentes cariados e 7,75% possuía dentes obturados. A prevalência de cárie dentária é moderada com pequena proporção de dentes restaurados. A alimentação é rica em sacarose para quase 60% destes pacientes. **Conclusão:** os hábitos parafuncionais apresentam um percentual preocupante de prevalência. Por isso, estes pacientes possuem um perfil de doenças bucais com gravidade moderada e que devem ter um acompanhamento odontológico sistemático para que a prevalência de doenças bucais não aumente com o passar dos anos. **Descritores:** Assistência odontológica para pessoas com deficiências. Paralisia cerebral. Saúde bucal. Deficiências do desenvolvimento. Cárie dentária. Gengivite.

Recebido em: 21 de fevereiro de 2017.

Aprovado em: 7 de julho de 2017.

INTRODUÇÃO

Vários são os estudos que buscam descrever o perfil de pacientes com deficiências de desenvolvimento em relação à sua saúde bucal¹⁻⁵. Destes estudos, o número de indivíduos examinados varia muito. De uma forma geral, se trabalha com o censo de indivíduos atendidos por uma Instituição.

No Brasil, estudos são desenvolvidos tanto com indivíduos quanto com prontuários destes pacientes. O total de indivíduos analisados pode variar de 41 indivíduos¹ a 186 prontuários². Em Santiago do Chile, realizou-se um estudo descritivo com 80 crianças, com paralisia cerebral, atendidas pelo Instituto de Reabilitação da Criança³. Estudos comparativos

¹ Doutora em Ciências Farmacêuticas, Departamento de Odontologia Restauradora Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

² Doutor em Epidemiologia Animal, Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

³ Graduanda em Odontologia, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Doutora em Odontologia, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Contatos: liasc@ufmg.br, maurohenriqueabreu@gmail.com, luizavidalribeiro@gmail.com, mariaelisa1956@gmail.com, silres@gmail.com
Autor para correspondência: Professora Lia Silva de Castilho, Departamento de Odontologia Restauradora, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Antônio Carlos, 6627, Bairro Pampulha, CEP 31270000, Telefone 330411307/34092453, Fax: 349092430, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

envolvem menos indivíduos para que possam ser realizados os pareamentos tais como Síndrome de Down e paralisia cerebral na Índia ⁴ e entre pacientes com paralisia cerebral e sem paralisia cerebral na China ⁵.

Um aspecto curioso entre os estudos que descrevem o perfil de saúde bucal de pacientes com deficiências é o maior percentual de indivíduos do sexo masculino em comparação com indivíduos do sexo feminino ^{1-3, 5-7}. Especificamente, em relação à paralisia cerebral, mais meninos nascem (57%) do que meninas de acordo com o relatório sobre os registros paralisia cerebral da Austrália⁸. Em um estudo de coorte realizado na Austrália, o sexo masculino esteve associado à paralisia cerebral, possivelmente sugerindo uma contribuição relacionada ao cromossomo X ⁹.

A Paralisia Cerebral é a deficiência de desenvolvimento mais frequente e se caracteriza por alterações no desenvolvimento neurológico, basicamente do movimento e da postura, manifestando-se até os 18 meses de idade. A Paralisia Cerebral reúne um grupo de distúrbios permanentes do desenvolvimento atribuído a um distúrbio não progressivo, que ocorre durante o desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil, podendo contribuir para limitações no perfil de funcionalidade da pessoa. Distúrbios sensoriais, perceptivos, cognitivos, de comunicação e de comportamento, bem como por epilepsia e problemas musculoesqueléticos secundários podem estar associados à desordem motora ^{10, 11}, o que torna a pessoa acometida dependente parcial ou totalmente de um cuidador para realizar suas atividades de vida diária (AVD) como alimentação, mobilidade, higiene geral e higiene oral ^{12, 13}.

De maneira geral, indivíduos com deficiências do desenvolvimento apresentam maiores prevalências de cárie dentária do que a população em geral ⁷. Porém, este resultado irá depender de aspectos sociais, econômicos e culturais do ambiente social em que o indivíduo está inserido ^{7, 14}. Por isso, a literatura nem sempre aponta que as doenças bucais se concentram entre os indivíduos com deficiências de desenvolvimento. Em Hong Kong as prevalências de cárie dentária entre crianças com e sem paralisia cerebral foram semelhantes ⁵. Na população deste projeto de extensão, um estudo anterior verificou que crianças com 5 e com 12 anos de idade (idades que permitem comparação com o Relatório SB Brasil) da AMR eram mais livres de cárie dentária do que as populações brasileira, mineira e da cidade de Belo Horizonte, de acordo com os dados do SB Brasil 2010 ¹⁴. Na Irlanda, talvez por uma bem estabelecida prática preventiva em saúde bucal, os índices de cárie dental em uma amostra de pré-escolares (0 a 6 anos de idade) com deficiência tiveram seus escores menores do que o da população em geral, para mesma faixa etária ¹⁵.

Entre indivíduos com deficiências do desenvolvimento, a presença de alterações gengivais

se relaciona, entre outros motivos, com uma alimentação pastosa, dificuldade de realização da autolimpeza (pelo comprometimento dos movimentos da língua e músculos envolvidos na deglutição) e pela dificuldade de manutenção da higienização eficiente pelo paciente e pelos seus cuidadores ¹⁶. A sua prevalência neste grupo varia de 68,3% no Brasil ¹, 61,3% na Índia ⁴ a 93,6% na Arábia Saudita ¹⁷. Na população de indivíduos da AMR, a prevalência da gengivite foi de 14,67%, entre crianças de 0 a 13 nos de idade. Pacientes que possuíam higiene bucal moderada ou ruim e que respiravam pela boca apresentavam mais chances de apresentarem o problema. A mais baixa prevalência de gengivite neste grupo pode ser explicada pelo alto percentual de crianças muito jovens (1 ano e 2 anos- 44%) com poucos dentes para serem examinados ¹⁸.

A xerostomia também é um problema de saúde bucal entre portadores de deficiências de desenvolvimento, podendo comprometer a habilidade de se realizar a auto-limpeza da cavidade oral e pode contribuir para o estabelecimento de gengivite e doença periodontal ¹⁹. Indivíduos portadores de paralisia cerebral do tipo espástico apresentam um fluxo salivar mais baixo do que a população em geral e não há diferenças entre os sexos ²⁰.

Em estudo realizado anteriormente nos pacientes do setor odontológico da Associação Mineira de Reabilitação (AMR), o bruxismo foi mais frequente entre meninos e entre indivíduos que apresentavam movimentação involuntária e refluxo gastroesofágico ²¹. A associação com o sexo masculino foi encontrada em dois outros estudos ^{22, 23}. Meninas tendem a ser menos agressivas e agitadas do que meninos e expressam suas emoções principalmente através do choro. Meninos, por imposições sociais, são inábeis para expressar seus sentimentos e por isso teriam uma tendência ao bruxismo ²³. Em relação ao refluxo gastroesofágico, existe um aumento na atividade rítmica do músculo mastigatório, no fluxo salivar e na deglutição demonstrados por acidificação experimental em adultos saudáveis. Por isso, o bruxismo (em especial o noturno) segue-se ao refluxo gastroesofágico com consequente aumento da excitação dos músculos mastigatórios e da deglutição ²⁴. Em relação à movimentação involuntária, indivíduos com tetraplegia espástica (onde este tipo de movimentação está presente) tendem a apresentar o bruxismo com maior frequência ²⁵.

No estudo realizado com esta mesma população para verificação de fatores associados à respiração bucal, observou-se que ser do sexo masculino e consumir medicação psicotrópica (geralmente anticonvulsivantes) estiveram associados ao evento ⁶. Em relação à medicação de ação central empregada entre pacientes com deficiências de desenvolvimento, poucos são os estudos avaliando a

influência deste tipo de medicamentos e seus efeitos entre estes pacientes. Uma característica dos pacientes com paralisia cerebral (CID G80), o diagnóstico mais comum entre os jovens atendidos pela AMR, é a ocorrência de epilepsia associada. Entre os indivíduos que apresentam a epilepsia, a qualidade do sono é deteriorada, entre outros motivos, pela dosagem e número de medicação antiepiléptica ingerida²⁸.

O uso de chupeta e o ato de chupar dedo podem sinalizar a presença de respiração bucal noturna quando ao dormir as crianças tendem a ficar com a chupeta entre os seus lábios abertos²⁸. Outro estudo demonstrou existir associação entre chupar dedo e chupeta entre pré-escolares e a respiração bucal²⁹. A má-oclusão dentária decídua também se associa com os hábitos de chupar dedo e chupeta³⁰. O aprofundamento do palato também se relaciona com estes hábitos deletérios³¹. Em relação ao sexo, Garde *et al.* (2014)³² afirmam que os hábitos de chupar dedos e chupetas são mais comuns entre meninas.

Para que a cárie dentária se desenvolva, é preciso consumir carboidratos fermentáveis, principalmente o açúcar. De fato, Braúna *et al.* (2016)³³ demonstraram em um estudo longitudinal com esta mesma população que apenas a alimentação sacarosada (frequência e consistência), medida pelo Índice de Consumo de Sacarose³⁴, estaria relacionada ao aparecimento da doença entre indivíduos livres de cárie que entram no Projeto de Extensão “Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais”.

Estes trabalhos científicos realizados com os pacientes da AMR investigaram determinados problemas em relação a fatores que são descritos na literatura como associados aos eventos estudados. As faixas etárias de estudo variaram de 0 a 13 anos de idade. O projeto ainda carece de um estudo descritivo que permita traçar um perfil sociodemográfico e de saúde bucal da sua população alvo.

A hipótese é que alterações bucais sejam mais prevalentes nesta população de indivíduos e que, também, há diferença na proporção dos sexos dos pacientes em relação ao diagnóstico de paralisia cerebral. Diante deste contexto, o objetivo do presente estudo foi descrever detalhadamente as características da população de pacientes com deficiências de desenvolvimento atendidos pelo projeto de extensão “Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais” da Faculdade de Odontologia da UFMG.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional transversal realizado a partir da coleta de dados dos 581 prontuários dos pacientes em atendimento e em manutenção do

projeto de extensão “Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais”. Este estudo possui aprovação no COEP UFMG nº 219/03. Estes dados foram coletados de janeiro de 1998 a janeiro de 2015. Pacientes que faleceram ou que foram desligados da AMR foram excluídos deste estudo. Todas as informações foram coletadas no primeiro dia de consulta odontológica, com exceção dos dados sobre diagnóstico do paciente que foram buscados nos prontuários eletrônicos da AMR. O banco de dados dos pacientes deste serviço contém todas as informações com as quais se trabalhou no presente estudo.

O Projeto de Extensão “Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais” é uma parceria entre a Faculdade de Odontologia da UFMG e a Associação Mineira de Reabilitação (AMR). Este trabalho em conjunto se iniciou em 1998 e funciona nas dependências da segunda Instituição que é responsável também pelo fornecimento de materiais, instrumentais, contratação de auxiliar de consultório dentário, profissionais de limpeza, manutenção de equipamentos, entre outros. A equipe odontológica faz parte da equipe multidisciplinar que compõe o Serviço Integrado de Reabilitação (SIR) cujo objetivo principal é a inserção social do indivíduo com deficiências de desenvolvimento¹⁸.

Este projeto de extensão se baseia na tríade ensino-pesquisa-transformação social numa constante relação dialógica com a comunidade atendida pelo projeto. Sobre estes aspectos, o projeto já produziu estudos sobre a cárie dentária^{14, 33, 35}, bruxismo²¹, gengivite¹⁸ e respiração bucal²⁶. Com exceção do artigo sobre a incidência de cárie dentária³³, os demais trabalharam com indivíduos até 13 anos de idade^{14, 18, 21, 26, 35}.

Durante o preenchimento dos prontuários, a cárie dentária tanto em decíduos quanto em permanentes é diagnosticada de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde³⁶ no qual são considerados dentes cariados apenas aqueles que estejam com cavitação. Na dentição decídua só são registrados os dentes cariados e obturados. Dentes decíduos perdidos não são considerados porque é difícil determinar no primeiro exame odontológico se o dente foi perdido devido à doença cárie ou devido à exfoliação natural. Já em relação à dentição permanente, o componente perdido é diagnosticado e registrado no prontuário.

A gengivite foi diagnosticada a partir do Modified Gingival Index (MGI) ou Índice Gengival Modificado de Lobene *et al.*, (1986)³⁷ que depois foi categorizado em gengiva saudável (0) e gengiva inflamada (1). O Código Internacional de Doenças (CID) foi coletado dos prontuários eletrônicos como já relatado em outros estudos realizados com esta mesma população^{21,26}.

A alimentação foi categorizada segundo o índice de ingestão de alimentos sacarosados. Nele, pais e cuidadores relatam o tipo de comida que geralmente o paciente ingere a cada refeição. Para alimentos líquidos com sacarose anota-se o peso “1” e para alimentos sólidos com sacarose é dado o peso “2”. Se a ingestão de sacarose se dá durante as principais refeições: café da manhã, almoço e jantar, o peso é “1” se a alimentação ocorre entre as principais refeições o peso é “2”. Desta forma, para cada contato com alimentos contendo sacarose, multiplica-se a consistência pelo o momento. Por dia, os valores obtidos por cada contato de alimentos com sacarose são somados. O ponto de corte é de “7”. Acima deste número considera-se que o paciente apresenta uma dieta cariogênica ³⁴.

Foram também contabilizados os dados sobre número e tipos de medicamentos administrados às crianças, bem como presença ou ausência de hábitos parafuncionais e xerostomia.

A análise estatística foi realizada descritivamente a partir do cálculo de percentuais e por análise bivariada através do cálculo do teste do qui-quadrado. O cálculo do qui-quadrado foi realizado apenas para verificação de associação entre sexo e diagnóstico de paralisia cerebral e entre sexo e diagnóstico de paralisia cerebral quadriespástica. A razão das chances (odds ratio) foi calculada a partir da relação entre a chance de paralisia cerebral quadriespástica ocorrer entre meninos e a chance de ocorrer entre meninas, com intervalo de confiança de 95%. As associações estatisticamente significativas foram as que apresentaram valor de $p < 0,05$. As demais variáveis foram descritas em percentuais. O programa estatístico usado foi o Epi Info versão 7.1.4 ³⁸.

RESULTADOS

Do total de 581 prontuários, 301 eram de meninos (51,93%). Em 427 (73,4%) prontuários havia a informação sobre o Código Internacional de Doenças e 305 (71, 46%) eram códigos que correspondiam ao diagnóstico de paralisia cerebral. Destes, 174 (57,00%) eram meninos e 131 (42,90%) eram meninas. Dos diagnósticos de paralisia cerebral, 210 (68,85%) correspondiam ao diagnóstico G80.0 (Paralisia cerebral quadriplágica espástica). Os demais diagnósticos de paralisia cerebral foram: G80.1 – paralisia cerebral diplégica espástica, G80.2- Paralisia cerebral hemiplégica espástica, G80.3- paralisia cerebral discinética e G80.8- Outras formas de paralisia cerebral.

Os demais diagnósticos encontrados foram: G811 (Hemiplegia espástica), G824 (Tetraplegia espástica), F82 (Transtorno específico do desenvolvimento motor), G540 (Transtornos do plexo braquial), G71 (Transtornos primários dos músculos), M401 (Outras sífiloses secundárias), P271 (Displasia broncopulmonar), P143 (Outras injúrias do plexo braquial), Q052 (Espinha bífida lombar com hidrocefalia), Q053 (Espinha bífida sacra com hidrocefalia), Q057 (Espinha bífida lombar, sem hidrocefalia), Q059 (Espinha bífida não especificada), Q90 (Síndrome de Down), R628 (Outras formas de retardo do desenvolvimento fisiológico normal) e R629 (Retardo do desenvolvimento fisiológico normal, não especificado).

As idades variaram de 0 a 33 anos com média de 4 anos, mediana de 3 anos e moda de 1 ano (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição por idade dos pacientes com deficiências do desenvolvimento, atendidos pelo Projeto de Extensão “Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais” Faculdade de Odontologia da UFMG/ AMR, Belo Horizonte, Brasil, 2015.

Idade	Número de indivíduos	Percentual
> 1 ano	8	(1,38%)
1 ano	135	(23,31%)
2 anos	120	(20,72%)
3 anos	81	(13,98 %)
4 anos	59	(10,18%)
5 anos	47	(8,11%)
6 anos	34	(5,87%)
7 anos	24	(4,14%)
8 anos	14	(2,41%)
9 anos	15	(2,59%)
10 anos	5	(0,86%)
11 anos	9	(1,55%)
12 anos	7	(1,20%)
13 anos	7	(1,20%)
≥14 anos	14	(2,41%)

Nota: 2 prontuários não continham a informação sobre a idade.

Fonte: Banco de dados do Projeto de Extensão “Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais” Faculdade de Odontologia da

Em 573 prontuários, existiam dados sobre consumo de medicamentos, sendo que em 283 (49,38%) os pacientes eram tratados com anticonvulsivantes. A informação sobre xerostomia esteve presente em 572 prontuários, sendo que 85 (14,86%) crianças apresentavam o problema segundo o relato dos pais. A informação sobre

xerostomia esteve presente em 572 prontuários, sendo que 85 (14,86%) crianças apresentavam o problema segundo o relato dos pais. O bruxismo esteve presente em 195 prontuários ou 35,13% (n=555), o refluxo gastroesofágico em 71 prontuários ou 12,39% (n=573) e a respiração bucal em 278 prontuários ou 48,26% (n=576) (Tabela 2).

Tabela 2 – Valores absolutos e percentuais de problemas de saúde bucal entre indivíduos com deficiências de desenvolvimento atendidos pelo Projeto de Extensão “Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais” Faculdade de Odontologia da UFMG/ AMR, Belo Horizonte, Brasil, 2015.

Problemas	Total de indivíduos	Percentual
Xerostomia (n=572)		
Tem xerostomia	85	14,86%
Não tem xerostomia	487	85,14%
Bruxismo (n=555)		
Tem Bruxismo	195	35,13%
Não tem bruxismo	360	64,87%
Respiração Bucal (n=576)		
Respirador bucal	278	48,26%
Respirador nasal	298	51,74%
Refluxo gastroesofágico (n=573)		
Tem refluxo	71	12,39%
Não tem refluxo	502	87,61%
Consumo de anticonvulsivantes (n=573)		
Não usam anticonvulsivantes	290	50,61%
Usam anticonvulsivantes	283	49,38%
Cárie em dentes decíduos (n=559)		
Apresentam dentes cariados	115	20,57%*
Apresentam dentes obturados	24	4,29%*
Sem experiência de cárie	441	78,89%
Cárie em dentes permanentes (n=127)		
Apresentam dentes cariados	17	(13,17%)**
Apresentam dentes obturados	10	(7,75%)**
Sem experiência de cárie	106	(83,46%)
Gengivites (n=532)		
Têm alterações gengivais	83	15,61%
Não têm alterações gengivais	449	84,39%
Alimentação (n=415)		
> 7	237	57,10%
≤ 7	178	42,90%
Chupeta (n=516)		
Usam chupeta	139	26,93%
Não usam chupeta	377	73,07%
Dedo (n=515)		
Chupam o dedo	93	18,05%
Não chupam o dedo	422	81,95%

Nota: * Um indivíduo pode ter dentes decíduos cariados e obturados

** Um indivíduo pode ter dentes permanentes cariados e obturados

Fonte: Banco de dados do Projeto de Extensão “Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais” Faculdade de Odontologia da UFMG.

A informação sobre dentes permanentes cariados, perdidos e obturados estava presente em 127 prontuários (CPOD=0 e CPOD \geq 1). Isto se deve à maior quantidade de crianças até 4 anos (n=403 ou 69,60%) na amostra, dentre as quais dentes permanentes ainda não haviam erupcionado. Não foi possível calcular o CPOD médio, pois os dados foram tabulados por paciente/prontuário. Do total de prontuários que possuíam registros sobre dentes permanentes, dezessete (13,17%) tinham dentes cariados e dez (7,75%) possuíam dentes obturados. Não houve registro de dentes perdidos. De 559 prontuários, 115 (20,57%) apresentam registro de presença de dentes decíduos cariados e 24 (4,29%) obturados (Tabela 2).

O registro de alteração gengival esteve presente em 83 (15,61%) prontuários de um total de 532. Em relação à alimentação (n=415), 237 (57,10%) apresentavam

consumo de sacarose superior ao considerado tolerável. A média foi de 7,81, mediana de 8,0 e moda de 8,0. Estes resultados indicam que, do ponto de vista de consumo de alimentos sacarosados, a presente amostra é homogênea. A maior pontuação do Índice de Consumo de Sacarose foi de 18 e a menor zero (Tabela 2).

De 516 prontuários, 139 (26,93%) indicam que a criança faz uso de chupeta e em 515 fichas clínicas 93 (18,05%) apresentam o registro de chupar dedo (Tabela 2). O ato de usar a chupeta se concentra na faixa etária até 5 anos ou 131 crianças.

A análise bivariada através do cálculo do Qui-quadrado demonstrou não haver associação entre o sexo e o diagnóstico de paralisia cerebral (p=0,30). Entretanto, quando apenas o diagnóstico G800 é comparado em relação ao sexo, os meninos apresentam 1,59 vezes mais chances de apresentarem a paralisia cerebral quadriplégica espástica (p=0,017) (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre sexo e diagnóstico de paralisia cerebral dos pacientes com deficiências do desenvolvimento, atendidos pelo Projeto de Extensão “Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais” Faculdade de Odontologia da UFMG/ AMR, Belo Horizonte, Brasil, 2015.

	Masculino	Feminino	Total	Valor de p	Odds (95%IC)
Com Paralisia* Cerebral	174 (57.0%)	131 (43.0%)	305	0,35	
Sem paralisia cerebral	63 (52.0%)	58 (48.0%)	121		
G800 (paralisia cerebral quadriespástica)	129 (61.4%)	81 (38.6%)	210	0,017	1,59 (1,08-2,34)
Outros diagnósticos	108 (50.0%)	108 (50.0%)	216		

Nota: * Em 155 prontuários não havia o registro do diagnóstico pelo Código Internacional de Doenças

Fonte: Banco de dados do Projeto de Extensão “Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais” Faculdade de Odontologia da UFMG.

DISCUSSÃO

Os problemas de saúde bucal da população de indivíduos com deficiências de desenvolvimento, usuários do setor odontológico da Associação Mineira de Reabilitação, são bem documentados na literatura. Com isso, estratégias de prevenção e tratamento das doenças bucais são mais bem delineadas. Seguindo esta premissa, a relação dialógica com a sociedade é mais facilmente alcançada: se a atenção de um determinado projeto de atenção odontológica é voltada para as reais necessidades da população alvo, as demandas são compreendidas, trabalhadas e resolvidas com o apoio desta mesma população.

Essa população possui, em sua maioria, a paralisia cerebral, especialmente a do tipo quadriplégica espástica. A associação encontrada neste estudo do CID G80.0 (paralisia cerebral quadriespástica) com o sexo masculino já foi detectada na literatura médica com a totalidade dos diagnósticos de paralisia cerebral (G80.0, G80.1, G80.2, G80.3, G80.4, G80.8, G80.9) em estudo realizado com amostra representativa da população de indivíduos

com paralisia cerebral na Austrália⁹. Talvez se a nossa amostra fosse calculada para representar o município de Belo Horizonte o resultado pudesse ser estendido aos demais diagnósticos de paralisia cerebral. Esta associação significativamente estatística entre o sexo e o diagnóstico G80.0 talvez possa explicar, em parte, os resultados encontrados nos estudos anteriores nos quais o bruxismo e a respiração bucal se associaram ao sexo masculino entre os pacientes da AMR^{21,26}.

Apesar de uma prevalência baixa tanto na dentição decídua quanto na permanente, a cárie dentária é a doença bucal mais prevalente e pesquisada nesta população. Os estudos anteriores demonstraram que o consumo da mamadeira por tempo prolongado³⁵ e a higiene precária¹⁴ são fatores associados ao problema quando se analisa a amostra transversalmente. Entretanto, quando se observa o problema em relação ao tempo (estudo longitudinal) a alimentação sacarosada é o único fator com capacidade de prever a ocorrência do evento³³. Quando todas as faixas etárias são envolvidas na análise como no presente estudo, o percentual de indivíduos que apresentam dentes cariados e/ou

obturados permanece pequeno. Este resultado pode ser devido à média, à mediana e à moda etária dos pacientes que são atendidos no projeto. Os indivíduos são acolhidos muito precocemente, em sua maioria com 1 ano de idade. Por outro lado, observa-se que é muito baixo o percentual de prontuários que apresentam informações sobre dentes decíduos e permanentes obturados em comparação com os dentes cariados apresentados na primeira consulta. Este dado pode indicar que esta população não desfruta de acesso aos serviços odontológicos tanto quanto precisa, conclusão já descrita anteriormente na literatura^{1,2,6,7}.

O uso de anticonvulsivantes é bastante frequente entre os indivíduos com deficiências do desenvolvimento e era esperado que estes estivessem relacionados ao aparecimento da cárie dentária, ao bruxismo à gengivite, mas estas associações não foram detectadas nesta população de pacientes da AMR como demonstrados em estudos anteriores^{14,18,21,33}. De todos estes estudos realizados na AMR, apenas a respiração bucal esteve associada ao uso de medicação central²⁶.

Os percentuais totais deste estudo para sucção de dedo e chupeta são similares aos encontrados por Santos *et al.*, (2009b)³⁹ com pré-escolares de 3 a 5 anos no Brasil. O hábito de usar chupeta está presente em mais de um quarto das crianças e é frequente em crianças até 5 anos. A sucção da chupeta após os três anos de idade pode ser indicio de um distúrbio psicológico³⁹. Desta forma, a faixa de 4 a 5 anos é o principal alvo de estratégias de informação em saúde para pais, cuidadores e pacientes. Ainda, em relação ao uso de chupeta, é preocupante a facilidade com que o objeto é oferecido às crianças com paralisia cerebral, quanto sem paralisia cerebral. O problema mais grave se relaciona com a alteração da dinâmica lingual das crianças que possuem este hábito. A interposição de um objeto sobre a língua faz com que esta se apoie sempre na mandíbula e nunca na maxila³.

A baixa prevalência da gengivite encontrada pode estar associada ao método empregado para diagnóstico que não usa a sondagem ou ao grande percentual de crianças nas idades de 1 e 2 anos (45,09%), nas quais ainda não erupcionaram todos os dentes¹⁸. A prevalência de alterações gengivais do presente estudo é bem mais baixa do que os estudos anteriores realizados no Brasil e no mundo^{1,4,17}. Da mesma forma, o relato de xerostomia é baixo, tendo em vista a grande quantidade de indivíduos que fazem uso de medicação de ação central. A forma de obter a informação a partir do relato dos pais parece não ser a apropriada para a investigação do problema.

A alimentação rica em sacarose é um problema nesta população³³ e deve ser alvo de estratégias de educação em saúde mais eficientes por

parte da equipe de saúde bucal e multidisciplinar.

Este estudo possui as limitações inerentes à metodologia de análise de dados secundários devido à falta de confiabilidade destes, já que não é possível afirmar categoricamente que os registros foram realizados de forma precisa⁴⁰. Entretanto, este projeto, que funciona a 19 anos, sempre teve duas professoras no comando das atividades de registro das informações. Os estudantes sempre foram estimulados a preencherem todas as questões como forma de valorizar o planejamento integral do tratamento odontológico do paciente que é subsequente à anamnese.

Este é um estudo exploratório realizado em uma população que recebe atenção multidisciplinar. Talvez por isso é que os indicadores da saúde bucal entre estes pacientes da AMR sejam superiores aos encontrados em indivíduos com diagnósticos similares no restante do país e do mundo. O cuidado integral ao portador de deficiências deve ser constante pois os desdobramentos em termos de reabilitação odontológica esbarram na cooperação do paciente e, muitas vezes, irão demandar outros profissionais da saúde (como médicos anestesiologistas gerais) para a sua realização. Pesquisas futuras estão sendo conduzidas para a averiguação da incidência de ocorrência de traumatismos dentários anteriores, prevalência de mordida aberta anterior e refluxo gastroesofágico e contribuir para uma melhor compreensão do problema e maior efetividade das ações preventivas a serem adotadas.

CONCLUSÃO

Esta população de indivíduos com deficiências do desenvolvimento apresenta uma prevalência baixa de doenças bucais. A alimentação rica em sacarose, porém, é um desafio para a equipe odontológica tendo em vista a possibilidade posterior da instalação da doença. Os hábitos parafuncionais também são um problema para a equipe odontológica, tendo em vista as suas consequências deletérias. É fundamental que ações preventivas educativas organizadas pelos professores e alunos da odontologia sejam realizadas tanto coletivamente quanto individualmente visando a diminuição da frequência do hábito nas idades mais avançadas.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o apoio do Núcleo de Acessibilidade e Inclusão da Universidade Federal de Minas Gerais (NAI/UFMG).

ABSTRACT

Aim: The present study aimed to describe the profile of the patients who received dental care at a

philanthropic institution, within the project “Dental Care for Patients with Special Needs”. **Methods:** This study was carried out by evaluating 581 records of patients with special needs from 0 to 33 years of age. Data were collected on the prevalence of caries in deciduous and permanent dentitions, gingivitis, xerostomia, bruxism, gastroesophageal reflux, sex, use of central action medication, pacifier use, digital suction, feeding, and oral hygiene. Data were analyzed using descriptive statistics and the chi-square test to verify an association between diagnosis and sex. **Results:** The results showed that 51.93% were boys, 71.42% had cerebral palsy, 12.36% had gastroesophageal reflux, and 49.30% used anticonvulsant medication. The diagnosis of quadrispastic cerebral palsy was associated with males. Xerostomia was observed in 4.86% of the cases. The use of pacifiers was present in 26.93% of the individuals, while 18.05% of the patients used to suck their finger. Gingival changes were detected in 15.61% of the records. In relation to food, 56.97% of the individuals consumed sugar above the acceptable amount, and when oral hygiene was considered, 14.48% were classified as poor and 17.57% as moderate. This study also identified 20.57% of decayed and 4.29% of filled deciduous teeth. Among the patients who had permanent teeth, 13.17% had decayed teeth, while 7.75% had filled teeth. It could therefore be concluded that the prevalence of dental caries is moderate with a small proportion of treated teeth. Diet is rich in sucrose for almost 60% of these patients. **Conclusion:** The parafunctional habits present a worrisome percentage of prevalence. Therefore, these patients have a profile of oral diseases with moderate severity and should undergo systematic dental follow-up so that the prevalence of oral diseases does not increase over the years.

Uniterms: Dental care for the disabled; Cerebral palsy; Oral Health; Developmental disabilities; Dental caries; Gingivitis

REFERÊNCIAS

- Guerreiro PO, Garcias GL. Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14:1939-46.
- Veríssimo AH, Azevedo ID, Rêgo DM. Perfil Odontológico de Pacientes com Necessidades Especiais Assistidos em Hospital Pediátrico de uma Universidade Pública Brasileira. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2013;13:329-35.
- Barrionuevo L, Solís F. Anomalías dento maxilares y factores asociados en niños con parálisis cerebral. *Rev Child Pediatr*. 2008;79:272-80.
- Rahul VK, Cinil M, Sunil J, Thomas G, Noushad NC, Feroz TP. Oral manifestation in mentally challenged children. *J Int Oral Health*. 2015;7:37-41.
- Du R, McGrath C, Yiu CK, King NM. Oral health in preschool children with cerebral palsy: a case-control community-based study. *Int J Paediatr Dent*. 2010;20:330-5.
- Lemos ACO, Katz CRT. Oral health conditions and access to dental treatment in patients with cerebral palsy treated at a reference center in Northeastern Brazil. *Rev. CEFAC*. 2012;14:861-71.
- Cardoso AMR, Gomes LN, Silva CRD, Soares RSC, Abreu MHNG, Padilha WWN, et al. Dental caries and periodontal disease in Brazilian children and adolescents with cerebral palsy. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12:335-53.
- Australian Cerebral Palsy Register Report. ACPR Group; 2013. [acesso em 2017 jan 3]. Disponível em: https://www.cerebralpalsy.org.au/wp-content/uploads/2013/04/ACPR-Report_Web_2013.pdf.
- O’Callaghan ME, MacLennan AH, Gibson CS, McMichael GL, Haan EA, Broadbent JL, et al. Epidemiologic associations with cerebral palsy. *Obstet Gynecol*. 2011;118:576-82.
- Bax M, Goldstein M, Rosebaum P, Leviton A, Paneth NB, Jacobsson B, et al. Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2005;47:571-6.
- Graham HK. Classifying cerebral palsy. *J Pediatr Orthop*. 2005;25:127-28.
- Santos MTBR, Guare RO, Celiberti P, Siqueira W.L. Caries experience in individuals with cerebral palsy in relation to oromotor dysfunction and dietary consistency. *Spec Care Dentist*. 2009;29:198-203.
- Abanto J, Ortega AOL, Raggio DP, Bönecker M, Mendes FM, Ciamponi AL. Impact of oral diseases and disorders on oral-health-related quality of life of children with cerebral palsy. *Spec Care Dentist*. 2014;34:56-63.
- Roberto LL, Machado MG, Resende VLS, Castilho LS, Abreu MHNG. Factors associated with dental caries in the primary dentition of children with cerebral palsy. *Braz Oral Res*. 2012;26:471-7.
- Sagheri D, McLoughlin J, Nunn JH. Dental caries experience and barriers to care in young children with disabilities in Ireland. *Quintessence Int*. 2013;44:159-69.
- Guare RO, Ciamponi AL. Prevalence of periodontal disease in the primary dentition of children with cerebral palsy. *J Dent Child (Chic)*. 2004;71:27-32.
- Alhammad NS, Wyne AH. Plaque and gingival health status among cerebral palsied children of Riyadh City. *Pakistan Oral Dent J*. 2011;31:116-9.

18. Castilho LS, Abreu MHNG, Souza DH, Silva MES, Resende VLS. Factors associated with gingivitis in children with developmental disabilities. *Braz Res Pediatr Dent Integr Clin*. 2016;16:441-8.
19. Aditya A, Lele S. Prevalence of xerostomia and burning sensation in patients with psychosocial disorders. *J Int Dent Med Res*. 2011;4:111-6.
20. Santos MTS, Guará R, Leite M, Ferreira MC, Nicolau J. Does the neuromotor abnormality type affect the salivary parameters in individuals with cerebral palsy? *J Oral Pathol Med*. 2010;39:770-4.
21. Souza VA, Abreu MHNG, Resende VLS, Castilho LS. Factors associated with bruxism in children with developmental disabilities. *Braz Oral Res*. 2015;29:1-5.
22. Lam MHB, Zhang J, Li AM, Wing YK. A community study of sleep bruxism in Hong Kong children: association with comorbid sleep disorders and neurobehavioral consequences. *Sleep Med*. 2011;12:641-5.
23. Renner AC, Silva AAM, Rodriguez JDM, Simoes VMF, Barbieri MA, Bettiol H, et al. Are mental health problems and depression associated with bruxism in children? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012;40:277-87.
24. Mengatto CM, Dalberto CS, Shereen B, Barros SGS. Association between sleep bruxism and gastroesophageal reflux disease. *J Prosthet Dent*. 2013;110:349-55.
25. Peres ACD, Ribeiro MO, Juliano Y, Cesar MF, Santos RCA. Occurrence of bruxism in a sample of Brazilian children with cerebral palsy. *Spec Care Dentist*. 2007;27:73-6.
26. Castilho LS, Abreu MHNG, Oliveira RBO, Silva MES, Resende VLS. Factors Associated with mouth breathing in children with developmental disabilities. *Spec Care Dentist*. 2016;36:75-9.
27. Zanzmera P, Shukla G, Gupta A, Goyal V, Srivastava A, Garg A, et al. Effect of successful epilepsy surgery on subjective and objective sleep parameters—a prospective study. *Sleep Med*. 2013;14:333-8.
28. Zenani MS, Bitar ML. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. *Pró-fono*. 2010;22:465-72.
29. Motta LJ, Alfaya TA, Marangoni AF, Mesquita-Ferrari RA, Fernandes KPS, Bussadori SK. Gender as risk factor for mouth breathing and other harmful oral habits in preschoolers. *Braz J Oral Sci*. 2012;11:377-80.
30. Massuia JM, Carvalho WO, Matsuo T. Má oclusão, hábitos bucais e aleitamento materno: estudo de base populacional em um município de pequeno porte. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2011;11:451-7.
31. Berwig LC, Mentenegro MM, Ritzel RA, Silva AMT, Corrêa ECR, Mezzomo CL. Influence of the respiratory mode and nonnutritive sucking habits in the palate dimensions. *Braz J Oral Sci*. 2011;10:42-9.
32. Garde JB, Suryavanshi RK, Jawale BA, Deshmuch D, Dahde DP, Suryavanshi MCK. An epidemiological study to know the prevalence of deleterious oral habits among 6 to 12 year old children. *J Int Oral Health*. 2014;6:39-43.
33. Braúna APSV, Abreu MHNG, Resende VLS, Castilho LS. Risk factors for dental caries in children with developmental disabilities. *Braz Oral Res*. 2016;30:e79.
34. Auad SM, Pordeus IA. Uma proposta para avaliação e aconselhamento dietéticos. *Rev CROMG*. 2000;6:132-8.
35. Resende VLS, Castilho LS, Viegas CMS, Soares MA. Fatores de risco para a cárie em dentes decíduos de portadores de necessidades especiais. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2007;7:111-7.
36. World Health Organization, editor. *Oral Health Surveys: Basic Methods* [Internet]. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2013. [acesso em 2017 out 8]. Disponível em: http://www.who.int/oral_health/publications/9789241548649/en/.
37. Lobene RR, Weatherford T, Ross NM, Lamm RA, Menaker L. A modified gingival index for use in clinical trials. *Clin Prev Dent*. 1986;8:3-6.
38. EPI Info TM7 [Internet]. Version 7.1.4. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2014 [acesso em 2017 out 8]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/epiinfo>.
39. Santos SA, Holanda ALF, Sena MF, Gondim LAM, Ferreira MAF. Nonnutritive sucking habits among preschool-aged children. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85:408-14.
40. Pimentel BV, Zermiani TC, Ditterich RG, PErcharkI GD. A utilização dos indicadores de saúde bucal e de desenvolvimento humano no monitoramento da atenção básica nos municípios da região metropolitana de Curitiba-PR. *Revista Espaço para a Saúde*. 2014;15:42-52.