

U. PORTO



FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

Cuidados a ter na saúde oral em pacientes com necessidades especiais

Ana Sofia da Cunha Lima

Porto , 2011

**FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
DA UNIVERSIDADE DO PORTO**

**Cuidados a ter na saúde oral em pacientes com
necessidades especiais**

Ana Sofia da Cunha Lima

Dissertação de Revisão submetida à
Faculdade de Medicina Dentária da
Universidade do Porto para obtenção do
grau de Mestre em Medicina Dentária, sob
orientação da Mestre Viviana Marisa
Pereira Macho.

Porto, 2011

Agradecimentos

À Mestre Viviana Marisa Pereira Macho, orientadora deste artigo de revisão, pela oportunidade e incentivo que me deu, pelo encorajamento ao longo de todo o trabalho e pelo importante conhecimento que me transmitiu como docente desta faculdade.

À Dra. Sofia Magalhães, minha madrinha e exemplo nesta faculdade, que nunca me deixou desistir de nada em todo o meu percurso acadêmico.

À minha mãe pela paciência e atenção durante a realização deste artigo e por tudo o que é na minha vida, a minha heroína e o meu porto seguro.

Aos meus avós e irmã pelo incentivo, paciência e carinho sempre.

Ao meu padrinho, Jorge Vilaça, pelo encorajamento e entusiasmo transmitido pelo meu trabalho.

À Beanina Costa, minha companheira e irmã, pela paciência e encorajamento, pela amizade e amor.

Ao Francisco Teixeira e Alexandre Cunha, meus grandes amigos e para sempre companheiros nesta viagem.

À Dra. Luíza Mello, pela coragem e incentivo, por me fazer acreditar que a vida é cheia de surpresas e pela esperança de um futuro melhor.

Ao meu tio-irmão Diogo Cunha, por me ajudar com a formatação e por tudo o que é para mim, um exemplo, um apoio, um verdadeiro irmão.

A todos aqueles que estão comigo nesta caminhada, os meus colegas de ano, a minha família e as minhas afilhadas, as Levadas da Broca, a Pastoral Universitária da Saúde, que sempre acreditaram em mim e me fizeram e fazem uma melhor pessoa por os ter na minha vida. Obrigada por ser eu com vocês porque sem vocês não existia eu.

Resumo:

Introdução: O paciente portador de necessidades especiais é todo o indivíduo que apresenta determinados desvios dos padrões de normalidade, identificáveis ou não, e que, por isso, necessita de atenção e abordagem especial por um período da sua vida ou indefinidamente.

Objectivo: Alertar os médicos dentistas para a importância dos cuidados de saúde oral nas crianças com necessidades especiais, focando o papel crucial dos pais. Dar a conhecer os riscos das doenças que elas têm devido à medicação, às implicações sistémicas, ao meio e as condições em que vivem para a saúde oral. Dar a conhecer, também, algumas técnicas especiais para a prestação de cuidados de saúde oral a estas crianças.

Material e métodos: Foi utilizada a base de dados da Pubmed e a base de dados da biblioteca da FMDUP, tendo sido pesquisados artigos com as palavras-chave “dental care in special children”, “behavior of dentists with special children”, “autism and oral health”, “Down Syndrome and oral health”, “Blindness and oral health” e “deaf children and oral health”. Foram incluídos os artigos escritos em Português e Inglês, aos quais houvesse acesso integral do artigo, dos últimos 10 anos.

Desenvolvimento: De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% da população mundial é constituída por pacientes especiais, sendo 50% portadores de deficiência mental, 20% de deficiência física, 15% de deficiência auditiva, 5% de deficiência visual e, 10% de alterações múltiplas. Indivíduos com necessidades especiais têm um risco elevado de ter doenças orais.

Conclusão: Melhorar a saúde oral é uma preocupação específica para indivíduos com necessidades especiais visto que esta pode ter consequências locais e sistémicas. O médico dentista tem um papel crucial no controlo e prevenção da saúde oral dos pacientes com necessidades especiais, no entanto os pais têm o papel mais interventivo na prevenção.

Palavras-Chave: crianças, necessidades especiais, saúde oral, pais, médico dentista.

Abstract:

Introduction: A patient with special needs is any person who has certain deviations from the normal patterns, identifiable or not, and so it requires special attention and approach for a period of your life or indefinitely.

Objective: To alert dentists for the importance of the oral health care in children with special needs, focusing on the crucial role of their parents. To publicize the risks of the diseases that those children have due to the medication, the systemic implications, the environment and the living conditions for the oral health. To also give to know some special techniques to provide oral health care to these children.

Material and methods: It was used the Pubmed database and the FMDUP library database, having this way been searched articles with the key-words “dental care in special children”, “behavior of dentists with special children”, “autism and oral health”, “Down Syndrome and oral health”, “Blindness and oral health” and “deaf children and oral health”. It was included articles written in Portuguese and English which had full access to the article in the past 10 years.

Bibliographic review: According to the World Health Organization (WHO), about 10% of the world population consists on special patients, being 50% mentally handicapped, 20% physically handicapped, 15% of hearing loss, 5% of vision impairment and 10% of several changes. Individuals with disabilities have a high risk in having oral diseases.

Conclusion: Improving the oral health is a specific concern for individuals with needs, since this can have local and systemic consequences. A dentist has a crucial role in controlling and preventing oral health of patients with special needs, however, parents have the most interventive role in prevention.

Keywords: Children, special needs, oral health, parents, dentist.

Índice:

<u>Introdução</u>	1
<u>Materiais e Métodos</u>	3
<u>Desenvolvimento</u>	4
<u>Deficiência Física</u>	4
Paralisia Cerebral	4
<u>Alterações Congénitas e Genéticas</u>	6
Fendas Labiopalatinas	6
Síndrome de Down (Trissomia 21)	6
Síndrome do cromossoma X frágil.....	8
<u>Desvios Comportamentais</u>	9
Autismo infantil.....	9
<u>Distúrbios Sensoriais</u>	11
Insuficiência Auditiva	11
Distúrbio Visual	12
<u>Transtornos convulsivos</u>	13
Epilepsia	13
<u>Exame Clínico, diagnóstico e plano de tratamento de pacientes especiais</u>	16
<u>Educação e Prevenção</u>	21
<u>Conclusão</u>	23
<u>Referências Bibliográficas</u>	24

Introdução

O paciente portador de necessidades especiais é todo o indivíduo que apresenta determinados desvios dos padrões de normalidade, identificáveis ou não, e que, por isso, necessita de atenção e abordagem especial por um período da sua vida ou indefinidamente.^{1,2}

Segundo a “American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD)” define necessidades de cuidados de saúde especiais como qualquer condição limitante ou deficiência física, de desenvolvimento, mental, sensorial, comportamental, cognitiva ou emocional que requer cuidados médicos, intervenção de cuidados de saúde e/ ou uso de serviços ou programas especializados.^{1,2,3,4} Esta condição pode ser inata ou adquirida e pode causar limitações nas actividades quotidianas dos indivíduos.³

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% da população mundial é constituída por pacientes especiais, sendo 50% portadores de deficiência mental, 20% de deficiência física, 15% de deficiência auditiva, 5% de deficiência visual e, 10% de alterações múltiplas.¹

Os cuidados de saúde para indivíduos com necessidades especiais requer, para além das medidas que são consideradas de rotina, conhecimento especializado, adaptação e aumento da atenção.^{3,5,6} O sucesso do tratamento odontológico não dependerá apenas do conhecimento da melhor conduta a ter com estas crianças, mas também da natureza das deficiências físicas, intelectuais, emocionais e sociais apresentadas.^{2,3}

Indivíduos com necessidades especiais têm um risco elevado de ter doenças orais. A falta de saúde oral é um factor de co-morbilidade quando associados com doença sistémica.⁷ Estas podem ter um impacto directo na saúde destas crianças, principalmente em algumas doenças sistémicas, como: doença cardíaca congénita, doenças do sistema imunitário (leucemias, HIV, etc.) ou diabetes, ou aqueles com próteses internas, e desempenha um papel directo no agravamento de doenças crónicas respiratórias que é a principal causa de morbilidade de pessoas com deficiência.^{3,8}

O primeiro contacto da criança e dos pais com o médico dentista e com o ambiente do consultório é crucial.^{1,2,9} A preocupação e a ansiedade dos pais são esperadas, tendo o médico dentista a responsabilidade de os tranquilizar. Para isto deve explicar-lhes os exames iniciais e que, se necessário, a colaboração deles será solicitada.² Para isso o médico dentista pode recorrer não só a verbalização, mas também à informação ilustrada, que tem tido uma maior impacto nos pais. Assim, conseguirá acalmar os pais e, conseqüentemente com a sua ajuda, a criança.⁹

O médico dentista tem um papel crucial no controlo e prevenção da saúde oral dos pacientes com necessidades especiais, tendo o desafio de informar os pais da criança acerca da importância de uma boa saúde oral, alertando e informando da importância da dieta equilibrada, dos riscos para a saúde oral que a doença pode causar e boa higienização da criança.^{4,6,9,10}

Os cuidados diários das crianças com necessidades especiais são diferentes das crianças com capacidades normais, que normalmente conseguem fazer a sua própria higiene oral. As crianças com deficiência podem ser parcial ou totalmente dependentes de alguém para realizar suas actividades diárias de higienização, e esta situação pode causar dificuldades para as suas famílias.^{4,9,11} Sendo, por isso, essencial o vínculo entre o profissional, os pais e a criança, pois no caso de crianças com dificuldades motoras, por exemplo, a educação para a higienização oral passa, principalmente, pelos pais. Quebrar este vínculo levará ao insucesso de qualquer intervenção odontológica.¹

Os objectivos desta monografia são:

1. Alertar os médicos dentistas para a importância dos cuidados de saúde oral em pacientes com necessidades especiais, focando o papel crucial dos pais.
2. Dar a conhecer os riscos que estas doenças têm devido à medicação, às implicações sistémicas, ao meio e as condições em que vivem para a saúde oral.
3. Dar a conhecer algumas técnicas especiais para a prestação de cuidados de saúde oral a estes pacientes com necessidades especiais.

Materiais e Métodos

Foi realizada uma pesquisa na base de dados da Pubmed e da biblioteca da FMDUP, seleccionando os artigos escritos em Português e Inglês, com datas entre 2000/2011 e aos quais houvesse acesso ao artigo integral – critérios de inclusão. Também foram consultados os livros de Odontopediatria da biblioteca da FMDUP.

A busca foi efectuada com as palavras-chave “dental care in special children”, “behavior of dentists with special children”, “autism and oral health”, “Down Syndrome and oral health”, “Blindness and oral health” e “deaf children and oral health”.

Assim, são critérios de exclusão todos os artigos com datas anteriores a 2000 e os quais não haja acesso integral.

Desenvolvimento

De acordo com a “International Association of Dentistry for Disabilities and Oral Health”, podemos classificar os pacientes especiais em 10 grupos: Desvios de Inteligência; Defeitos Físicos; Defeitos Congénitos; Desvios Comportamentais; Desvios Psíquicos; Deficiências Sensoriais; Doenças Sistémicas Crónicas; Doenças Endocrinometabólicas; Problemas Sociais e Estados Fisiológicos Especiais: gestantes e geriatria.¹

Estas crianças portadoras de patologias especiais podem ter manifestações orais que são típicas de determinada patologia, ou a própria patologia pode tornar o paciente mais susceptível a determinadas afecções orais.^{7,12} Assim, o Médico Dentista deve ter um conhecimento adequado destas patologias, e conseguir adequar o melhor tratamento tendo em consideração determinadas características médicas, como a medicação e algumas incapacidades, que lhe estão associadas.^{1,3}

Tendo em conta o vasto e complexo número de patologias e síndromes associadas a pacientes com necessidades especiais reduziu-se a revisão bibliográfica às síndromes e situações patológicas com importância em Odontopediatria, abaixo indicadas.

Deficiência Física

Paralisia Cerebral

A Paralisia Cerebral é uma encefalopatia crónica não progressiva, estando incluídos neste grupo os pacientes que apresentam distúrbios de movimento ou de postura (paresias, hipercinesias e incoordenações).^{1,2,13}

A sua etiologia é multifactorial, podendo ocorrer devido a factores pré-natais, perinatais e pós-natais.^{1,13}

Os pacientes portadores de paralisia cerebral podem ter algumas características comuns como: deficiência mental, deficiências sensoriais (visão e fala), convulsões e contracções das articulações.¹

Relativamente à cavidade oral são relatados vários casos de doença periodontal, cárie, traumatismos, hipoplasias do esmalte, maloclusão (devido aos distúrbios neuromusculares e de funcionais: respiração, mastigação e deglutição inadequadas), bruxismo, respiração bucal e diminuição do fluxo salivar.^{1,13}

A doença periodontal e a cárie têm uma alta prevalência nestas crianças devido à dieta pastosa, a factores locais como a dificuldade dos responsáveis em higienizar correctamente os dentes, à medicação, à tonicidade muscular facial, carência de informação e acesso aos serviços dentários.^{1,13} A patologia periodontal está ligada à ausência de uma técnica de higiene adaptada ao paciente, à imunodeficiência, à insuficiente estimulação através da mastigação, consistência pastosa dos alimentos ingeridos, movimentos inadequados dos músculos mastigatórios e língua. O facto de em alguns casos a Paralisia cerebral estar associada a epilepsia com terapêutica anti-epiléptica induz uma hiperplasia gengival exuberante, favorável ao desenvolvimento duma flora anaeróbia. Esta hiperplasia pode, igualmente, perturbar a correcta erupção dentária.^{1,13}

Os doentes portadores de paralisia cerebral tomam anticonvulsivantes, principalmente a difenilidantoína, que provoca, entre 10-53% dos casos, hiperplasia gengival, causando desconforto, má estética e interferências nas funções bucais. Uma higiene oral rigorosa pode reduzir e prevenir o aparecimento e a recorrência da hiperplasia.¹

O atendimento dentário destes pacientes torna-se difícil, na maioria das vezes, pelo comprometimento do tónus e postura muscular. Para realizar o tratamento dentário podemos considerar tratar o paciente na sua própria cadeira. No atendimento destes pacientes deve ter-se alguns cuidados, nomeadamente, o posicionamento do paciente na cadeira que deve ser adequado de forma a prevenir reflexos gerais. Se for tratado na cadeira dentária deve-se posicionar o paciente de modo a que as costas estejam levemente levantadas, de modo a evitar problemas de reflexo geral. Como o paciente com paralisia cerebral possui movimentos involuntários da cabeça tem-se de tentar estabilizar a cabeça durante todas as fases do tratamento dentário, podendo pedir a colaboração dos pais. Estes reflexos, durante o tratamento, podem ser desencadeados por estímulos de luz, ruídos das turbinas, etc. Além disso, estes pacientes cansam-se muito rápido, devendo o tempo de atendimento ser curto.^{1,14}

Alterações Congénitas e Genéticas

As alterações congénitas surgem ao nascimento da criança, podendo manifestar-se no momento ou mais tarde. Já as alterações genéticas estão ligadas a defeitos cromossómicos, na maioria das vezes de carácter hereditário ou por mutações genéticas.¹

Fendas Labiopalatinas

As fendas labiopalatinas são as alterações congénitas mais frequentes. Formam-se entre a 8ª e 12ª semana de vida intra-uterina. Os factores etiológicos são controversos, mas podem agrupar-se em genéticos e ambientais. Podem também estar associadas a síndromes, como por exemplo: Síndrome de Appert, Crouzon, Pierre-Robin, etc.¹

O tratamento destes pacientes deve ser realizado logo após o nascimento, exigindo uma intervenção multidisciplinar, entre cirurgião plástico, pediatra, médico dentista, otorrinolaringologista, etc., com a função de reabilitar a estética e a função. As crianças que não recebem um tratamento precoce ficam sujeitas a mais problemas oclusais e à erupção de dentes ectópicos ou mesmo à sua inclusão. Também são frequentemente observadas anomalias de desenvolvimento dentário, seja em relação ao número, forma e volume, mais observadas junto às fendas.¹

Síndrome de Down (Trissomia 21)

A Síndrome de Down, também conhecido como Trissomia 21, caracteriza-se pelo défice cognitivo e várias anomalias físicas devido a presença de um cromossoma a mais no cromossoma 21.^{2,15} Representa a anomalia cromossómica mais comum da espécie humana.¹⁶

Actualmente pode diagnosticar-se se o bebé tem Trissomia 21 a partir do 1/2º trimestre de gravidez, através de rastreios ao soro materno.¹⁷ O diagnóstico do recém-nascido pode ser observado através de alguns sinais que aparecem em cerca de 45% dos doentes, como, hipotonia muscular, obesidade, prega palmar transversa única, sulco entre o hálux e o segundo artelho, pele abundante no pescoço, fenda palpebral oblíqua e face achatada. Se forem encontrados 3 ou mais destes sinais deve fazer-se uma pesquisa mais cuidadosa, procurando outros sinais auxiliares: epicanto, micrognatia, nariz pequeno ou ponto nasal achatado e orelhas displásicas. Podem ser observados outros dados clínicos específicos, por isso deve fazer-se uma anamnese e exame clínico

critérios, encaminhando o paciente para um especialista se houver suspeita da doença.^{1,2,15}

Verifica-se que 40 a 50% dos portadores da síndrome apresentam algum tipo de anomalia cardíaca, sendo a mais comum o prolapso da válvula mitral, que representa, aproximadamente, 50% das doenças cardíacas observadas nestes pacientes. Para a realização de certos tratamentos dentários é necessária a utilização de antibioterapia para a prevenção de endocardite infecciosa.¹⁸

Em relação à estrutura óssea, a articulação atlanto-axial, responsável por promover a comunicação entre a primeira e a segunda vértebra, apresenta-se defeituosa em cerca de 20% dos indivíduos. Nesta articulação, ocorre um defeito gerando uma distância maior que 4.5 mm (valor máximo normal), podendo causar algum tipo de compressão da medula espinal durante movimentos bruscos de flexão ou extensão. O médico dentista deve ter muito cuidado na manipulação do pescoço de um paciente com esta síndrome que apresenta flacidez na articulação atlanto-axial.¹⁸

Relativamente às características dento-maxilo-faciais podemos observar hipodesenvolvimento do terço médio da face, com a presença de pseudoprognatismo, palato duro menor e de forma ogival. Pode notar-se a presença de macroglossia devido à hipotonia lingual, alta prevalência e susceptibilidade a problemas periodontais, devido à incapacidade da criança manter uma higiene oral adequada. Estudos relativamente recentes demonstram que os pacientes que têm uma doença periodontal severa têm uma baixa qualidade de vida, principalmente afectando a fala e a mastigação.^{18,19,20} Para o aparecimento precoce da doença periodontal também contribuí outros factores, como: anomalias oclusais, particularmente mordida cruzada anterior/posterior, inserção alta do freio labial mandibular e posição anterior da língua, também provocando perda precoce dos incisivos mandibulares.^{1,19}

O índice de cáries é mais baixo devido ao aumento da capacidade tampão da saliva e à tendência destes pacientes para ter bruxismo, ficando as superfícies lisas e desgastadas, diminuindo a susceptibilidade para a cárie.¹ Existem estudos que avaliam a relação do bruxismo com este Síndrome e encontraram uma grande relação entre este hábito parafuncional e alguns tipos de anomalias cromossômicas, incluindo os mosaicismos característicos desta doença.²¹

Podem observar-se algumas anomalias dentárias como a presença de hipodontia ou oligodontia, agenesias, dentes conóides, microdentes, hipocalcificação do esmalte, fusão e geminação. A erupção dentária e a esfoliação dos dentes decíduos, bem como a dos permanentes, são tardias (deve alertar-se os pais para este aspecto).^{1,2,20}

A atenção odontológica recebida por estas crianças é extremamente importante e influenciada pela postura dos médicos dentistas que as assistem, sendo crucial que tenham um comportamento que lhes transmita confiança.^{16,22}

Os pais têm um papel muito importante na orientação dum boa higienização, com uso de fio dentário e terapêuticas antimicrobianas, e quando indicadas uso de soluções, gel ou verniz de clorhexidina (dependendo do risco, idade e destreza do paciente). O médico dentista deve controlar, periodicamente, a evolução do estado periodontal, clínica e radiograficamente.¹

Síndrome do cromossoma X frágil

O Síndrome do cromossoma X frágil caracteriza-se por uma constrição no braço longo do cromossoma X, loco Xq 27-3. Esta síndrome tem revelado uma elevada prevalência na população, representando a segunda causa genética de atraso mental depois do Síndrome de Down.¹

As características desta síndrome são, a macrorquidia (testículos grandes), atraso mental, orelhas grandes e autismo periódico. Complementarmente, podemos observar outros sinais clínicos como: peso e diâmetro da cabeça aumentados à nascença, atraso no desenvolvimento psicomotor a partir dos 5 meses (hipotonia e hipotrofia muscular), atraso da fala, linguagem imperceptível, problemas comportamentais, ecolalia, estatura elevada, pés planos, miopia, prolapso das válvulas cardíacas. Segundo *Nielsen*, as características faciais começam a aparecer por volta dos 8-12 anos de idade, sendo a característica mais frequente nas crianças o tamanho e a forma das orelhas. Para o médico dentista estes sinais faciais são facilmente identificáveis, bem como: face alongada, testa alta, prognatismo mandibular e palato alto.¹

Relativamente às características dentárias, estes doentes estão sujeitos a alterações como: hipoplasia do esmalte, alteração da forma, volume e número de peças dentárias. O tratamento dentário deve passar pela ortodontia o mais cedo possível, devido às alterações maxilomandibulares destas crianças e é recomendado que, em

tratamentos mais evasivos, se faça profilaxia antimicrobiana, dado que estes doentes apresentam, normalmente, problemas cardíacos.¹

Relativamente ao tratamento dentário este depende do nível de atraso do desenvolvimento, da capacidade cognitiva, e do grau de hiperactividade. Casos leves podem ser tratados efectuando-se consultas de curta duração e com imobilização e/ou sedação consciente. Indivíduos gravemente afectados devem ser tratados em bloco operatório sob anestesia geral.²³

Desvios Comportamentais

Autismo infantil

Segundo a *National Society for Autistic Children*, o autismo define-se como a “falta de adaptação no desenvolvimento, que se manifesta de maneira grave, durante toda a vida, sendo incapacitante e aparecendo nos 3 primeiros anos de vida”. A sua etiologia é desconhecida.^{1,15,24} Estudos genéticos afirmam que esta doença apresenta uma arquitectura genética muito complexa.²⁵

Deve fazer-se o diagnóstico diferencial com a esquizofrenia e com alguns Síndromes como: Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett e Síndrome de X frágil.¹

Apesar de se manifestar muito cedo é difícil de perceber numa criança muito pequena. É observável que a mesma apresenta um comportamento diferente, não reage aos estímulos do seu meio nem estabelece contacto com a mãe. A criança não se agarra aos braços nem se ajusta ao colo, além de ser indiferente à presença de qualquer pessoa.^{1,15} A maioria destas crianças não estabelece contacto físico, verbal e visual com as pessoas e têm défice cognitivo (podendo ser profundo), têm, no entanto, uma grande capacidade de memorização e para a música.¹⁵ Podem sofrer também de epilepsia.²⁵

Uma característica importante dos autistas é a preocupação obsessiva pelo que é idêntico, tentando sempre que o ambiente, as circunstâncias e as acções sejam as mesmas, sendo, por isso, as suas actividades monótonas e estereotipadas.^{15,25,26}

Devido aos distúrbios comportamentais como magoarem-se a eles próprios e a agressividade, estes pacientes necessitam de terapia comportamental, para evitar traumatismos da face, dos dentes e da sua saúde em geral.²⁴

Estas crianças apresentam maior prevalência de doença periodontal comparadas com as esquizofrênicas, no entanto apresentam um índice de cárie baixo, sendo mais elevado na dentição decídua.^{1,26} Hughes afirma, no seu artigo, que as crianças autistas apresentam uma maior inflamação gengival e placa bacteriana. Têm um aumento do tamanho da cabeça, peso e altura.²⁵

É de grande importância a orientação da dieta alimentar, da higiene e do tratamento periodontal. Para o tratamento dentário, o estabelecimento de uma rotina é crucial, devendo ser implementada de forma gradual e desde cedo. Sessões de 10 a 15 minutos, “falar-mostrar-fazer”, com o controlo de voz, ordens claras e reforço positivo são imprescindíveis, estabelecendo uma rotina de dia, horário e profissional.¹ Devido à sua obsessão pelo idêntico é necessário que a criança faça várias visitas ao dentista antes de iniciar qualquer tratamento.¹⁵

Os pacientes autistas possuem múltiplos problemas médicos e de comportamento que tornam o tratamento dentário difícil. Estas crianças tornam-se muitas vezes incapazes de cooperar no consultório devido à sua aumentada sensibilidade a sons, luzes, odores e cores, bem como elevadas dificuldades de interação, percepção e seguimento de instruções. A abordagem destes pacientes é, por isso, um processo que requer muito tempo e paciência.²⁵

Nestas crianças, o estabelecimento de rotinas é importante, sendo por isso necessário instituir precocemente cuidados de higiene oral e visitas periódicas ao médico dentista. O aconselhamento familiar sobre técnicas eficazes de controlo comportamental em casa é essencial para lidar com estas crianças.¹

Devido à alteração comportamental severa de algumas crianças autistas pode ser necessário realizar o tratamento dentário sob sedação ou anestesia geral.¹

Distúrbios Sensoriais

Insuficiência Auditiva

A insuficiência auditiva engloba vários graus de surdez, pode implicar alterações nas funções normais dos ouvidos externos e médio, podendo ser corrigido cirurgicamente ou com aparelhos de amplificação, ou das funções sensorineurais do ouvido interno, que raramente pode ser corrigida; e uma mistura de ambas.¹

As crianças com insuficiência auditiva são um dos maiores grupos de crianças especiais. Cerca de um em 600 recém-nascidos têm perda de audição congénita.²⁷

Esta doença afecta o comportamento da criança e a sua sociabilidade, podendo levar ao isolamento absoluto.^{15,27} Devido à ignorância, medo, vergonha e atitudes negativistas, estas crianças são discriminadas pela sociedade.²⁷

A manifestação mais frequente é um atraso no desenvolvimento intelectual, comparativamente a uma criança sem esta doença, no entanto, se tiver um acompanhamento especializado estas conseguem atingir um nível intelectual praticamente normal.¹⁵

Para determinar a forma de tratamento é importante saber o grau de perda auditiva e a idade em que a perda começou.^{1,15} Se a perda da audição acontecer no período pré-verbal, as consequências são as mesmas duma perda de audição congénita. Se a perda acontecer entre os 5 e os 10 anos de idade vai determinar um grau de insegurança e ansiedade na criança que a tornará mais dependente dos pais, devendo eles estar presentes no consultório para facilitar a comunicação e tranquilizar a criança. Quando ocorre na adolescência as consequências mais frequentes são: o isolamento em si mesmos, ansiedade, sentimento de inferioridade e tristeza.¹⁵ Normalmente os pais não apresentam o mesmo problema.¹

Para o tratamento dentário devemos ter em conta alguns aspectos que ajudarão a manter uma boa comunicação e elo entre a criança e o médico dentista: toda a equipa deverá saber que vão receber um menino surdo para evitar constrangimentos com a criança, investigar a postura dos pais relativamente a doença da criança, o grau de superprotecção, e como será a melhor forma de comunicar com ela (sinais, leitura de lábios, etc.).¹

Para que se estabeleça uma boa comunicação, o médico dentista deve estar em frente ao paciente, ao mesmo nível dos olhos e da face, de modo a evidenciar as expressões faciais. O médico dentista deve evitar uma fonte de luz posterior, que o coloque numa zona de penumbra, pois minimiza a leitura dos lábios e expressão facial. Não deve elevar o tom de voz, deve falar lentamente e frases curtas, evitando a gíria, verificar se a criança está a entender, permitir que os pais ou acompanhantes fiquem perto da criança o que ajudará a criança a ganhar confiança e poderão auxiliar o profissional na comunicação. Quando se comunica com o paciente deve-se remover a máscara para que o paciente tenha uma perfeita visualização dos lábios do médico, mas enquanto se trabalha deve-se colocar a máscara para evitar infecção cruzada.^{1,27}

Em casos de pacientes com aparelhos auditivos, estes devem ser desligados durante o tratamento (os instrumentos rotatórios amplificam os sons) e voltar a ligar se for necessário comunicar. Durante a consulta usar a técnica “dizer-mostrar-fazer”, mostrando como funcionam e permitir que o paciente veja e toque nos instrumentos e as consultas devem ser curtas.^{1,15}

Distúrbio Visual

A visão é essencial na aquisição de experiências, memórias e mobilidade. Assim, uma criança com incapacidade visual, poderá ter algumas limitações no seu desenvolvimento, mas consegue ter uma vida normal e independente, uma vez que, a ausência de visão é compensada pelo desenvolvimento de outros sentidos.¹

Numa clínica dentária o atendimento destas crianças é igual ao atendimento para uma criança normal, sendo facilitado se a criança estiver a receber algum acompanhamento que facilite a sua integração e interacção social. O médico dentista deve utilizar a comunicação verbal para explicar todos os procedimentos e materiais a utilizar na consulta, e deve permitir que a criança através do tacto conheça o meio e objectos.^{1,15} É, portanto, importante estabelecer uma boa comunicação através dos outros sentidos, o tacto e a audição, bem como o gosto e o olfacto.¹⁵

Estabelecer uma boa relação e dar segurança ao paciente através de contacto físico mas com aviso prévio (segurar na sua mão ou colocar uma mão sobre seu ombro). O uso de gestos reconfortantes aumenta a confiança e diminui a ansiedade do paciente. As crianças com incapacidade visual devem ser guiadas até à cadeira odontológica, e

deve ser-lhes posicionada a mão no braço da cadeira para perceberem a posição em que se devem sentar.¹

Um pormenor mas que faz diferença é ter na sala de espera jogos e livros para estas crianças, isso ajuda-a a sentir-se num ambiente aconchegado e relaxado.¹⁵

É importante que o médico dentista saiba se a incapacidade visual é congénita ou adquirida, pois no primeiro caso o desenvolvimento da criança, em todos os aspectos, vai ser inferior, e requer, normalmente, mais carinho e afecto.¹⁵

Deixar o paciente tocar nos instrumentos e descreve-los de modo a ter mais noção dos objectos a ser colocados na boca e alertar para os ruídos dos instrumentos.

Relativamente às características dentárias, estas crianças apresentam, com mais frequência, traumatismos nos dentes temporários anteriores e lesões hipoplásicas nos dentes permanentes, pois têm tendência a sofrer mais acidentes nos primeiros anos de vida. É também frequente apresentarem inflamação gengival, devido à maior dificuldade na higienização.¹⁵ O acompanhante deve ser também informado das instruções e cuidados de higiene oral, de forma que em casa auxilie a criança.¹

Os pacientes cegos são doentes com um grande potencial, no entanto são alvo de grande discriminação. Se receberem treino especial e lhes for dada oportunidade de mostrar o seu potencial poderão ter uma vida independente.¹

Transtornos convulsivos

Epilepsia

Epilepsia é uma alteração na actividade eléctrica do cérebro, temporária e reversível, que produz manifestações motoras, sensitivas, sensoriais, psíquicas ou neurovegetativas. É uma doença crónica caracterizada pelo risco de crises convulsivas recorrentes.²⁸

Nos países em desenvolvimento existem mais de 43 casos em cada 1000 indivíduos.²⁶ Nestes países a taxa de morbilidade é significativamente maior devido ao baixo nível sócio-económico.²⁹ A maior taxa de incidência ocorre na primeira infância. Segundo Weyman, a epilepsia ocorre em 0,5 a 1% da população, e 5% apresentam deficiência mental leve.¹

De acordo com a “Internacional League Against Epilepsy”, esta doença é diagnosticada quando uma pessoa tem 2 ou mais crises sem qualquer provocação. As características das convulsões são: perda de consciência parcial ou total e espasmos musculares.¹ É necessário fazer o diagnóstico diferencial entre convulsões provocadas por febre, drogas ou distúrbios metabólicos, bem como uma síncope que se caracteriza pela perda de consciência imitando uma convulsão.²⁸

O diagnóstico complementar deve ser feito através dum electroencefalograma e ressonância magnética, que também vai permitir classificar o tipo de epilepsia, determinando se as descargas eléctricas são anormais e se são localizadas ou em todo o cérebro.²⁸

As causas das crises epiléticas mais encontradas no período dos 30 primeiros dias de vida podem estar ligadas ao parto, por asfixia, a anormalidades genéticas, alterações metabólicas (como hipoglicemia ou hipocalcemia), infecções do SNC ou privação de drogas.¹

O tratamento para esta doença passa por antiepiléticos orais, sendo os mais comuns a fenitoína e a carbamazepina, cujo efeito secundário mais frequente na saúde oral é hiperplasia gengival. Se a terapêutica for interrompida a hiperplasia gengival regride.²⁸ Quando a epilepsia está associada a deficiência mental também provoca hiperplasia gengival, devido ao desequilíbrio de um dos elementos da tríade: hábitos de higiene, renovação de fibroblastos e fármacos que contenham defenilidantoína, fenobarbital e ácido valpróico.¹

As crianças com epilepsia têm maior risco de cárie.¹⁰ O facto da medicação que tomam regularmente conter açúcar e da dificuldade que algumas destas crianças têm em higienizar a cavidade oral, contribui para o aumento desse risco.³⁰

O acesso das crianças com epilepsia aos cuidados de saúde é muito importante, e a qualidade dos mesmos é essencial, podendo condicionar o seu crescimento e desenvolvimento futuro.²⁹

O tratamento destas crianças passa por um plano de controlo de placa bacteriana, controlando o melhor possível a hiperplasia gengival. O controlo da placa bacteriana, aconselhamento dietético, melhor higienização, realização de gengivectomia (se necessário), é os pontos cruciais para melhorar a saúde oral das crianças com epilepsia.¹

O avanço no diagnóstico, na farmacoterapia e no conhecimento do processo neurológico, permite aos médicos dentistas um conhecimento e um melhor tratamento a crianças com epilepsia. Em cada consulta deve ser actualizada a informação acerca da medicação, e do historial das últimas convulsões para planear o tratamento mais adequado.^{1,29}

Caso ocorra um episódio convulsivo durante a consulta, o médico dentista deverá:

- Deixar as vias aéreas da criança livres;
- Protegê-la de danos corporais (deitá-la em decúbito lateral);
- Remover o mais rápido possível todos os aparelhos bucais (matrizes, cunhas, grampos)
- Parar o tratamento dentário por esse dia.¹

Exame Clínico, diagnóstico e plano de tratamento de pacientes especiais

A anamnese assume uma importância de destaque, tendo que ser a mais completa possível, contendo a história médica, dentária, fonoaudiológica e psicológica.^{1,2} A informação acerca da medicação também é muito importante, com a concentração e posologia.¹ A cada consulta toda esta informação deve ser actualizada.³

Após a recolha da história clínica, o médico dentista deverá passar para o exame físico e clínico da criança, tanto corporal como do complexo facial e bucal. O exame clínico deve obedecer a uma sistematização que inclua desde a observação geral do paciente até específicos detalhes das estruturas orais.¹ No primeiro contacto visual com a criança são analisados:

- Estatura
- Proporcionalidade entre os membros
- Coloração e textura da pele
- Mobilidade
- Cabeça e pescoço (fusão das suturas, pescoço curto, com pele frouxa ou quistos, quantidade capilar)
- Face
 - Olhos: prega epicantal, fenda palpebral anormal, aumento da distância interpupilar, manchas de Brushfield, exoftalmia;
 - Orelhas: ausência de componentes, alterações no tamanho, posição e rotação, presença de fibromas e quistos.
 - Complexo maxilomandibular: atresia maxilar, retrognatismo e assimetria, micrognatismo, macrognatismo e assimetria.
- Tórax e abdómen
- Coluna vertebral e membros
 - Mãos e pés: avaliar números de dedos, hipoplasia das falanges, separação incompleta dos dedos, presença de clinodactilia-dedo curvado, camptodactilia-dedos em flexão.¹

No exame da cavidade oral deve analisar-se os lábios, o seu comprimento, espessura e fissuras. O exame intra-oral deve ter em atenção:

- Tecidos moles

- Língua: macroglossia, microglossia e alteração do tónus muscular
- Freios labial e lingual
- Tecido periodontal: hiperplasia gengival, gengivite e periodontite
- Mucosas
- Dentes: posicionamento nas arcadas, cáries, hipoplasias, alterações cromáticas intrínsecas e extrínsecas, agenesias, supranumerários, anomalias de forma, erupção e esfoliação dos dentes decíduos, erupção de dentes permanentes.¹

Todas estas características são importantes e podem ajudar o médico dentista a identificar uma doença ou síndrome ainda não diagnosticada, e/ou a realizar um plano de tratamento de acordo com as suas características e particularidades.¹

Os exames complementares variam de acordo com a doença de cada um. Para as síndromes não diagnosticados pode solicitar-se o cariótipo ou exame molecular (DNA). Os exames radiográficos passam pela ortopantomografia, radiografias periapicais e interproximais.^{1,2} Por vezes a ortopantomografia é a única opção, pois em algumas doenças e síndromes as crianças apresentam problemas nas ATM's (limitação de abertura da boca), macroglossia, microstomia, distúrbios psicomotores e/ou hipotonia lingual, o que dificulta muito a posicionamento da película radiográfica no interior da boca. No entanto, esta radiografia também está contra indicada em crianças obesas ou de pescoço curto (como em alguns casos de síndrome de Down), pois apresentará um grau elevado de sobreposição, e em crianças com distúrbios comportamentais ou com défice cognitivo, pois é muito difícil mantê-los imobilizados. Se esta radiografia for imprescindível poder-se-á utilizar uma sedação leve a moderada durante o exame.¹

Os factores que determinarão se os tratamentos dentários vão ser feitos sob anestesia local (no consultório) ou geral (ambiente hospitalar) são as condições gerais, emocionais, comportamentais e bucais da criança. Além disto, deve ter-se em conta outros factores se houver necessidade de tratamento imediato, se a medicação está controlada, as condições de acesso ao consultório, a vontade dos pais, o grau e tipo de medicação da criança e os benefícios estético-funcionais que o tratamento trará à criança.¹

No caso do tratamento de crianças com necessidades especiais, este deve ser conjunto com os outros profissionais de saúde, principalmente os médicos especialistas na doença em questão. Este último nos informará do melhor momento para realizar os

tratamentos necessários, e, se necessário, a medicação a ser prestada para a realização da consulta dentária.¹

Muitas vezes o plano de tratamento tem de ser reavaliado, pois estes pacientes têm um estado de saúde instável, tendo, muitas vezes, o tratamento dentário de ser interrompido e posteriormente reestruturado.¹

O plano de tratamento destas crianças têm em especial cuidado as medidas preventivas, que muitas vezes são instituídas antes da reabilitação oral propriamente dita. Este plano passa por várias consultas, nas quais o médico dentista tenta intervir na vertente psicológica da criança, pois a prevenção passa muito por ela e pelos pais.¹

Havendo um prognóstico insatisfatório para a doença da criança, o tratamento deverá ser paliativo, focando-se maioritariamente na prevenção da saúde oral.²

Relativamente a próteses dentárias e tratamento ortodôntico deve avaliar-se a criança, não só ao nível oral mas também as suas condições comportamentais e viabilidade do uso de próteses e aparelhos consoante a sua motivação para o controlo de placa bacteriana, risco e índice cariogénico, etc.¹

Segundo a OMS somente 8% dos pacientes com necessidades especiais têm indicação para receberem tratamento dentário sob anestesia geral, o restante recebe em ambulatório. Antes de iniciar o tratamento em ambulatório deve ter-se em conta alguns factores:

- Os tratamentos numa criança com necessidades especiais devem ser realizado pelo profissional de saúde, uma auxiliar e um dos responsáveis pela mesma;
- Não se iniciam tratamentos, exceptuando casos de emergência, sem um plano de tratamento elaborado;
- Antes da criança ser recebida o consultório deve ser devidamente limpo e preparado, estando todo o material necessário à disposição do médico dentista e a bandeja preparada;
- O tempo de trabalho para cada paciente deve ser rigorosamente calculado, não devendo ultrapassar dos 30 minutos por consulta;
- Nunca deixar a criança sozinha na cadeira;

- Não se deve permitir ao paciente mexer nos equipamentos e materiais dentários, impondo regras e limites desde a primeira consulta, consoante o grau de percepção do mesmo.¹

O espaço físico do consultório deverá ser de fácil acesso, através de rampas, elevadores, portas amplas para passagem de cadeiras de rodas e locomoção adequada dos pacientes. Outro aspecto muito importante é o vínculo que se cria entre o profissional, a criança e os pais.^{1,2,3} Esse elo é das coisas mais importantes e pode condicionar todo o tratamento, pelo que o estímulo ao tratamento deve ser mantido pelo paciente e a sua família. É de esperar ansiedade e preocupação por parte dos pais da criança, devendo o médico dentista descansá-los e explicar-lhes todos os procedimentos dentários a realizar, solicitando a sua colaboração sempre que necessário.^{1,2}

Para criar um ambiente mais familiar à criança deve fazer-se, antes de mais, um reconhecimento ao consultório, isto é, mostrando a cadeira e os seus movimentos, posicionando-a correctamente, explicando o uso de máscaras e luvas, mostrando a cuspeira, a ponta de ar, a turbina sem a broca, etc.^{1,2,3}

O posicionamento na cadeira deve adaptar-se consoante a criança que está na cadeira, ou seja, se aparecer uma criança com osteogénese imperfeita, estas crianças devem ser tratadas com a cadeira na horizontal, crianças com Síndrome de Down, devido à hipersensibilidade da articulação atlanto-occipital, deverá haver especial cuidado no seu posicionamento, pois movimentos bruscos com a nuca podem levar a danos medulares. Em pacientes com paralisia cerebral que têm mais dificuldade em engolir a saliva, a cadeira deve estar numa posição mais vertical. Outros casos, em que os pacientes têm distúrbios neuromotores, tendo dificuldade em se adaptarem à cadeira odontológica, o tratamento dentário deve ser feito na própria cadeira do paciente.¹

Para tratar crianças com necessidades especiais o médico dentista pode deparar-se com várias dificuldades, em que o condicionamento psicológico não chega, como em crianças com distúrbios neuropsicomotores. Para isso tem de recorrer a outro tipo de condicionamento, sendo ele físico ou químico.²

Se forem crianças pequenas, até aos 3/4 anos, este é colocado no colo da mãe e esta abraça-o no sentido de imobilizar os braços e as pernas. Outra técnica para imobilizar estes pacientes é colocar a mãe à frente da criança já instalada na cadeira,

segurando com o seu tronco as pernas e com as mãos as mãos. Para pacientes com distúrbios neuropsicomotores, com movimentos involuntários, pode recorrer-se a um colete, faixa de pano ou lençol para imobilizá-las. Em pacientes em que a imobilização física está contra-indicada pode recorrer-se à sedação leve ou anestesia geral.^{1,2,11}

Nova Garcia et al. afirma que o uso de anestesia geral deve ser bem estudado, sabendo os critérios para a inclusão neste método de sedação. As crianças com necessidades especiais, em determinadas situações, têm indicação para serem tratadas deste modo, como: tratamentos muito longos e extensos e não colaborantes.³¹

Alguns equipamentos dentários poderão facilitar o melhor atendimento destas crianças, nomeadamente o uso do micromotor, turbina com cabeça reduzida, material dentário em proporções reduzidas, que facilitam a inspecção da cavidade oral, onde muitas vezes a abertura bucal é reduzida. Os aspiradores de grande potência também são essenciais, uma vez que alguns pacientes têm hipersalivação. O uso do dique de borracha pode estar contra-indicado, como no caso de crianças que apresentam um histórico de convulsões frequentes. Um dos materiais mais importantes é o abre-bocas, principalmente em crianças que não têm controlo dos seus movimentos, inclusive na abertura da boca. Os mais utilizados são os de borracha, dando maior conforto ao paciente.¹

Educação e Prevenção

Os cuidados com a saúde oral de crianças com necessidades especiais são citados como essenciais e como uma necessidade médica de elevada importância.¹¹

A prevalência de cárie dentária, más-oclusões e doença periodontal é significativamente maior em pacientes com necessidades especiais.^{1,2,3,32} Isto deve-se, entre outros factores, ao ensino inadequado, fazendo com que existam muito poucos profissionais qualificados para o atendimento deste grupo de pacientes. Associando-se este ao facto de: a população não ter educação relativamente à prevenção das doenças orais e à importância secundária que é dada à saúde oral comparativamente a outras, entende-se esta elevada prevalência.^{1,7} O estado socioeconómico familiar também é citado como uma barreira ao tratamento dentário.^{3,32}

A educação dos pais/auxiliares e a adopção de medidas preventivas são fundamentais na primeira infância, para que a saúde oral seja preservada.^{1,2,3} O médico dentista deve explicar e demonstrar as melhores técnicas de higienização aos pais.^{3,7} O controlo da placa bacteriana deve iniciar-se logo que os incisivos erupcionem.^{1,6} O uso da escova eléctrica está indicada em pacientes com défice cognitivo e/ou distúrbios neuropsicomotores, os quais apresentam dificuldades no uso de escovas manuais.¹ Estas últimas podem ser adaptadas às dificuldades dos pacientes, com angulação e/ou aumentando-se a largura do cabo. Se houver dificuldade no controlo da placa bacteriana, e/ou uma alta contagem de *Streptococcus mutans*, deve usar-se como meio auxiliar uma solução, gel ou verniz de clorhexidina.^{1,3}

A educação dos pais e da criança para a prevenção passa por:

- Placa Bacteriana: índice de placa, profilaxia, orientação aos pais sobre o controlo da placa bacteriana – escovas convencionais e unitufo e fio dentário.
- Dieta Alimentar: solicitar aos pais a elaboração dum diário alimentar, para posteriormente ser analisado e revisto para uma dieta alimentar mais saudável e menos cariogénica.
- Orientações sobre o desenvolvimento das dentições, traumatismos e hábitos bocais atípicos.¹

De acordo com o risco individual da criança relativamente à cárie dentária e à doença periodontal, o médico dentista tem de estabelecer um plano de prevenção

rigoroso, com um dentífrico fluoretado ou bochechos com soluções fluoretadas, com baixas concentrações de flúor e usados com frequência. Deve escovar os dentes pelo menos duas vezes ao dia e usar fio dentário.^{3,12} Se não for possível, usar vernizes ou gel de flúor com elevadas concentrações. De acordo com o seu risco as consultas de controlo variam de mensais a quadrimestrais.^{1,3}

As crianças com necessidades especiais devem colocar selantes de fissuras, pois é um meio preventivo importante e com alguma eficácia para prevenir o aparecimento de cáries de sulco. Também podem beneficiar no restauro dos dentes com ionómero de vidro devido à libertação de flúor.²

O padrão alimentar para uma criança especial é igual a qualquer outra criança, e deve ser discutido e bem planeado logo desde ao primeiro contacto com a criança e os seus pais.² No entanto estas crianças normalmente têm uma alimentação pastosa e consomem muitos alimentos cariogénicos. A medicação também pode conter muito açúcar, devendo, se possível, ser substituída por uma com menos.^{1,3,32}

Conclusão

Verifica-se a necessidade de uma maior atenção aos cuidados de saúde oral em crianças com necessidades especiais, tendo o médico dentista destaque na prevenção e terapêutica oral.

A educação especializada, tendo um conhecimento não só das medidas mais rotineiras, mas também da melhor conduta a ter com elas, conhecendo a natureza das características físicas, intelectuais, emocionais e sociais é muito importante no tratamento dos pacientes com necessidades especiais.

Os pais e responsáveis também devem ser instruídos para a atenção à higiene oral, orientando-os e alertando-os que estas têm uma maior susceptibilidade a desenvolver doenças orais devido a vários factores, como a própria medicação e a dieta alimentar.

Toda a terapêutica prestada às crianças com necessidades especiais deve ser multidisciplinar.

Referências Bibliográficas

1. Haddad AS, Ciamponi AL, Guaré RO. Pacientes Especiais. In: Guedes Pinto AS. Odontopediatria. 7th ed. Editora Santos; 2003. p. 895-931
2. Toledo OA, Bezerra ACB. Atendimento odontológico para pacientes especiais. In: Toledo OA. Odontopediatria - Fundamentos para a Prática clínica. 3rd ed. Editorial Prémier; 2001. p. 343-63
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Reference Manual: Guideline on Management of Dental Patients with Special Health Care Needs. Clinical Guidelines 2008;31(6):113-17.
4. Altun C, Guven G, Akgun OM, Akkurt MD, Basak F, Akbulut E. Oral health status of disabled individuals attending special schools. Eur J Dent. 2010 Oct;4(4):361-6.
5. Moursi AM, Fernandez JB, Daronch M, Zee L, Jones CL. Nutrition and Oral Health Considerations in Children with Special Health Care Needs: Implications for Oral Health Care Providers. Pediatr Dent. 2010 Jul-Aug;32(4):333-42.
6. Al Agili DE, Roseman J, Pass MA, Thornton JB, Chavers LS. Access to dental care in Alabama for children with special needs: parents' perspectives. J Am Dent Assoc. 2004 Apr;135(4):490-5.
7. Mouradian WE. The face of a child: children's oral health and dental education. J of Dent Educ. 2001 Sept;65(9): 821-31.
8. 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;3(6):e2564.
9. American Academy of Pediatric Dentistry. Wang J, Briskie D, Hu JCC; Majewski R, Inglehart MR. Illustrated Information for Parent Education: Parent and Patient Responses. Pediatric Dentistry. 2010 Jul-Aug;32(4):295-303.
10. Anjomshoaa I, Cooper ME, Vieira AR. Caries is Associated with Asthma and Epilepsy. Eur J Dent. 2009 Oct;3(4): 297–303.

11. Pezzementi ML, Fisher MA. Oral health status of people with intellectual disabilities in the southeastern United States. *J Am Dent Assoc.* 2005 Jul;136(7):903-12.
12. Douglass JM; Douglass AB; Silk HJ. A Practical Guide to Infant Oral Health. *American Family Physician.* 2004 Dec 1;70(11):2113-20.
13. Guerreiro PO, Garcias GL. Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2009;14(5):1939-46.
14. Dougherty NJ. A Review of Cerebral Palsy for the Oral Health Professional. *Dent Clin N Am.* 2009;53:329-38.
15. Bolaños EV. Odontologia en pacientes pediátricos com necesidades especiales (II): discapacitados psíquicos y sensoriales. In: Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendonza A. *Odontopediatria.* 1st ed. Livraria Masson; 2005. p. 467-75.
16. Oliveira AC, Czeresnia D, Paiva SM, Campos MR, Ferreira EF. Utilization of oral health care for Down syndrome patients. *Rev Saude Publica.* 2008 Aug;42(4):693-9.
17. Reynolds T. The triple test as a screening technique for Down syndrome: reliability and relevance. *Int J Womens Health.* 2010 Aug 9;2:83-8.
18. Macho V, Seabra M, Pinto A, Soares D, Andrade C. Alterações Craniofaciais e particularidades orais na trissomia 21. *Acta Pediátrica Portuguesa.* 2008;39(5):190-4.
19. Loureiro ACA, Costa FO, Costa JE. The impact of periodontal disease on the quality of life of individuals with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice.* 2007;12(1):50-4.
20. Hennequin M, Allison PJ, Veyrone JL. Prevalence of oral health problems in a group of individuals with Down syndrome in France. *Developmental Medicine & Child Neurology.* 2000 Oct ;42(10):691-98.

21. López-Pérez R, López-Morales, Borges-Yáñez SA, Maupomé G, Parés-Vidrio G. Prevalence of bruxism among Mexican children with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*. 2007;12(1):45-9.
22. Macho V, Seabra M, Areias C, Ribeiro O, Andrade C. Comparação dos cuidados de saúde oral numa população com trissomia 21 e seus irmãos. *JADA*. 2008 Set-Out;8(5).
23. Ridaura-Ruiz L, Quinteros-Borgarello M, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Fragile X-syndrome : Literature Review and report of two cases. *Med Oral Patol Oral cir Bucal*. 2009 Sep 1;14(9):434-39.
24. Altun C, Guven G, Akgun OM, Akkurt MD, Basak F, Akbulut E. Oral health status of disabled individuals attending special schools. *Eur J Dent*. 2010 Oct;4(4):361-6.
25. Hughes JR. A review of recent reports on autism: 1000 studies published in 2007. *Epilepsy Behavior*. 2008 Oct;13(3):425-37.
26. Marshall J, Sheller B, Mancl L. Caries-risk assessment and caries status of children with autism. *Pediatric Dentistry*. 2010 Jan-Feb;32(1):69-75.
27. Jain M, Mathur A, Kumar S, Dagli RJ, Duraiswamy P, Kulkarni S. Dentition status and treatment needs among children with impaired hearing attending a special school for the deaf and mute in Udaipur, India. *Journal of Oral Science*. 2008 Jun;50(2):161-5.
28. Aragon CE, Burneo JG. Understanding the patient with epilepsy and seizures in the dental practice. *J Can Dent Assoc*. 2007 Feb;73(1):71-6.
29. Bassili A, Omar T, Zaki A, Abdel-Fattah M, Tognoni G; Egyptian-Italian Collaborative Group on Paediatric Chronic Diseases. Pattern of diagnostic and therapeutic care of childhood epilepsy in Alexandria, Egypt. *Int J Qual Health Care*. 2002 Aug;14(4):277-84.
30. Huyton M, Nutt J, Scheepers S, Hindley D. The dental health of children with refractory epilepsy in a residential school. *Arch Dis Child*. 2005 Dec;90(12):1318-19.

31. Nova García MJ, Gallardo López NE, Martín Sanjuán C, Mourelle Martínez MR, Alonso García Y, Carracedo Cabaleiro E. Criteria for selecting children with special needs for dental treatment under general anaesthesia. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007 Nov 1;12(7):496-503.
32. Oredugba FA, Akindayomi Y. Oral health status and treatment needs of children and young adults attending a day centre for individuals with special health care needs. *BMC Oral Health*. 2008 Oct 22;8:30.