

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina Dentária



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**Controlo de Comportamento em Pacientes com Necessidades
Especiais - Revisão Narrativa**

Ana Palmira Smith Colce Fragoso

Orientadora:

Prof.^a Doutora Paula Faria Marques

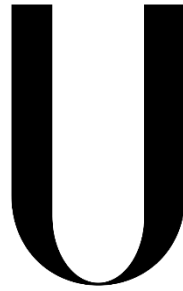
Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2019

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina Dentária



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**Controlo de Comportamento em Pacientes com Necessidades
Especiais - Revisão Narrativa**

Ana Palmira Smith Colce Fragoso

Orientadora:

Prof.^a Doutora Paula Faria Marques

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2019

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Paula Faria Marques, pela paciência, atenção e disponibilidade, pois mesmo com os trabalhos, vida profissional e problemas pessoais, nunca deixou de puxar por mim para terminar a tese.

Ao Governo moçambicano e à Embaixada de Moçambique pela bolsa de estudo que me permitiu frequentar e acabar o curso dos meus sonhos.

À minha amiga e dupla Sónia Ferreira, por toda a cumplicidade, amizade, gargalhadas e até tristezas que partilhámos, pela paciência e pelo apoio ao longo destes anos de curso.

À minha colega e grande amiga Melanie Veiga por estar comigo desde o primeiro dia do curso até agora, pela amizade, cumplicidade e por todo o apoio.

Aos professores que tanto me ensinaram durante estes anos. Foram vocês que contribuíram bastante para a minha aprendizagem, para que eu quisesse ser cada vez mais uma melhor profissional de saúde. São uma grande fonte de inspiração.

Aos meus pilares, a minha mãe e a minha irmã, por nunca me terem deixado desistir mesmo quando tudo parecia estar do contra e por terem feito sempre de tudo para que eu conseguisse ver o lado positivo das coisas acreditando sempre nas minhas capacidades mesmo quando eu própria deixava de acreditar.

À minha sobrinha Kaylee, que várias vezes me fez companhia nas tardes passadas a trabalhar na tese embora só quisesse brincar e que já com dois anos, espera ansiosamente pela altura em que tem de escovar os dentes.

Ao meu marido Rui Fragoso, por todo o amor, apoio, carinho e compreensão nas horas mais difíceis; por apesar das coisas não terem corrido como esperávamos, ter me dado força para continuar e avançar, como planeado desde 2017, com o nosso casamento.

Ao meu pai, que me passou a vontade de ir para a área de saúde.

Aos meus sogros Paula e José Fragoso, pelo incentivo e por me tratarem sempre tão bem.

Às minhas amigas e colegas de trabalho da Santogal Patrícia Carvalho e Sandra Pires, pela boa disposição nos longos dias de trabalho, pela partilha de petiscos quando as horas pareciam não passar e pela amizade e apoio dentro e fora do nosso horário de trabalho.

Aos meus colegas de trabalho da Clínica do Hospital da Luz, por todo o apoio, consideração e, maioritariamente, por me terem permitido observar de perto, questionar tudo e mais alguma coisa e aprender imenso nas diversas especialidades.

Nada se consegue sozinho, por isso agradeço o apoio a todos os que acreditaram que era possível e que o tornaram possível. Não é só o fim de uma etapa, é o início e a realização de um sonho.

Sem vocês nada seria possível, muito obrigada a todos vós!

Resumo

Introdução: São considerados pacientes com necessidades especiais aqueles que possuem deficiências e condições limitativas que requerem atenção. A condição patológica pode ser de desenvolvimento ou adquirida, podendo causar limitações ou incapacidade nas atividades do dia a dia.

As técnicas de controlo do comportamento são utilizadas para instalar, manter ou cessar a frequência de comportamentos menos apropriados dos pacientes para que se obtenha um resultado satisfatório durante o tratamento dentário.

Objetivos: A presente revisão bibliográfica tem como objetivo descrever as diferentes formas de controlo de comportamento em odontopediatria, especialmente em pacientes com necessidades especiais dando ênfase às seguintes patologias: paralisia cerebral, síndrome de down, autismo e deficiências sensoriais.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa recorrendo ao motor de busca Google e às bases de dados e B-on e PubMed que decorreu entre Setembro de 2017 e Maio de 2019, foram considerados artigos em português e inglês. Obtiveram-se 70 artigos dos quais foram posteriormente selecionados pelo título e pelo resumo 50 artigos para integrar este trabalho publicados entre 1976 e 2017.

Conclusões: Conclui-se que através da adoção de abordagens adequadas aos pacientes com necessidades especiais, é possível a realização de consultas de medicina dentária em ambiente ambulatorio. O médico dentista deve estar devidamente instruído e preparado para o aparecimento destes casos no consultório e ter em conta os riscos inerentes que possam existir relativamente ao uso das técnicas de controlo de comportamento.

Palavras-chave: Controlo de comportamento, pacientes com necessidades especiais, Síndrome de Down, autismo, paralisia cerebral, deficiência visual.

Abstract

Introduction: Patients with special needs are those with deficiencies (physical, mental, sensory, developmental, behavioral, emotional, cognitive deficits) and limiting conditions that require medical attention (systemic health problems requiring specialized treatment programs or services) The pathological condition may be developmental or acquired, and may cause limitations or incapacity in all day activities.

Behavior management techniques are used to install, maintain, or cease the frequency of less appropriate behaviors of patients in order to achieve a satisfactory outcome during dental treatment.

Objectives: This literature review aims to describe the different forms of behaviour-management in pediatric dentistry, especially in patients with special health needs, emphasizing the following pathologies: cerebral palsy, down syndrome, autism and sensory deficiencies.

Materials and Methods: A search was made using the Google search engine and the B-on and PubMed databases, which occurred between September 2017 and May 2019. There were considered articles in Portuguese and English. There were 70 articles of which were subsequently selected by the title and by the abstract 50 articles to integrate this work that were published between 1976 and 2017. For the articles considered relevant, the complete texts were obtained.

Conclusions: It is concluded that through the adoption of appropriate approaches to patients with special needs, it is possible to conduct dental procedures. The dentist must be properly trained and prepared for the appearance of these cases in the office and take into account the inherent risks that may exist regarding the use of the techniques of behaviour management.

Key words: Behaviour management, patients with special needs, down's syndrome, autism, cerebral palsy, visual impairment.

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Abstract	v
Lista de Abreviaturas	ix
1. Introdução	1
2. Metodologia	3
3. Resultados	4
3.1. Intervenções Dentárias e Controlo de Comportamento	4
3.2. Técnicas de Controlo de Comportamento	5
3.2.1. Objetivos e indicações	5
3.2.2. Dizer-mostrar-fazer	5
3.2.3. Controlo da voz	6
3.2.3.1. Descrição	6
3.2.4. Reforço positivo	6
3.2.5. Comunicação não-verbal	7
3.2.6. Restrição física	7
3.2.7. Técnica da mão sobre a boca	8
3.2.8. Sedação	8
3.2.8.2. Objetivos e Indicações	9
3.2.9. Anestesia Geral	9
3.3. Controlo de Comportamento em Pacientes com Necessidades Especiais	10
3.3.1. Classificação	10
3.3.2. Abordagem Inicial e Ficha Clínica	10
3.3.3. Comunicação com o paciente	11
3.3.4. Patologias mais frequentes	11
4. Conclusões	19
5. Referências Bibliográficas	20

Lista de Abreviaturas

AAPD- Academia Americana de Odontopediatria (*American Academy of Pediatric Dentistry*)

DA- Deficiência Auditiva

DV- Deficiência Visual

MD- Médico Dentista

PA- Paciente Autista

PC- Paralisia Cerebral

SD- Síndrome de Down

1. Introdução

Pacientes com necessidades especiais estão cada vez mais presentes na prática diária do médico dentista (MD), devido, principalmente, ao aumento da expectativa de vida. Porém, ainda existem dificuldades por parte dos profissionais, em atender este tipo de pacientes. A pessoa portadora de deficiência pode apresentar várias alterações como: alterações genéticas, congénitas, infecciosas, traumáticas ou de outra origem, ocorridas durante o período pré-natal, peri-natal ou pós-natal.⁽¹⁾

O MD tem se deparado com o aumento de esperança de vida da população de pacientes com necessidades especiais e com a necessidade de integrar a criança especial na clínica. Os problemas de comportamento das crianças, inerentes à sua condição médica, vão interferir na realização de tratamentos dentários devido à incapacidade de seguir indicações dadas pelo MD, incapacidade de aprendizagem ou incapacidades intelectuais.⁽¹⁾

A abordagem do MD ao paciente deve ser condizente com a sua deficiência e estado de saúde. Muitos deles encaixam-se no grupo de alto risco de cárie e para a doença periodontal por falta de habilidade motora para manutenção da sua saúde oral e uso de medicamentos que levam à redução do fluxo salivar. Assim sendo, a profilaxia nestes pacientes é muito importante. Deve centrar-se em instruções de higiene oral diária; recomendações de uma dieta em baixos níveis de hidratos de carbono e visitas de controlo periódicas para a realização de exames e prevenção.⁽²⁻³⁾

A anamnese é o ponto chave para escolhermos a conduta frente ao atendimento destes pacientes, que deve ser personalizada para cada paciente e direcionada às suas necessidades. O MD deve incluir uma avaliação da cooperação da criança como parte do plano de tratamento. A informação pode ser recolhida por através da observação, interação com a criança e anamnese. A consciência das influências múltiplas no comportamento da criança pode ajudar no planeamento de futuras consultas.⁽⁴⁻⁷⁾

O controlo de comportamento é um componente integral na prática clínica de Odontopediatria. As técnicas de controlo do comportamento são utilizadas para instalar, manter ou cessar a frequência de comportamentos menos apropriados dos pacientes para que se obtenha um resultado satisfatório durante o tratamento dentário. Tenta-se através delas criar uma relação de confiança entre o MD e a criança, garantindo assim melhorias na qualidade do tratamento e maior segurança para todos.⁽⁸⁾

Uma vez que a criança estiver no consultório para tratamento, ela dependerá não só da preparação prévia efetuada pelos pais, como também da habilidade do MD e do assistente em controlar o comportamento durante a consulta.⁽⁸⁻⁹⁾

Algumas medidas quanto à abordagem do paciente são universais. É sempre válida a utilização de reforço positivo, condutas lúdicas, atendimento pontual, consultas curtas, atenção às formas de expressão, gestos, reações e adoção de procedimentos cujas dificuldades devem progredir gradualmente.^(4,6)

As decisões que dizem respeito ao uso de técnicas de controlo do comportamento, à exceção das técnicas acima descritas, não podem ser feitas unicamente pelo MD. Devem envolver um dos pais e, se for apropriado, a criança.^(5,9)

Ao receber um paciente especial no consultório, o MD recebe também os seus familiares juntamente com as suas ansiedades, os seus problemas e as suas angústias. O MD deve estar ciente de que essa família, ao conviver com uma criança com limitações, teve mudanças na sua estrutura, nos padrões e no funcionamento da unidade do lar. Pode-se esperar alguns tipos de atitudes dos pais em relação aos filhos como a superproteção ou a rejeição, por isso é de extrema importância que a orientação dos pacientes e dos pais/responsáveis comece o mais cedo possível para a prevenção de futuros problemas e, também, para criar hábitos que podem permanecer durante toda a vida do paciente.⁽⁴⁾

Deve ser mantido um relacionamento positivo com os familiares, pois os tratamentos dentários, não diferindo dos tratamentos que são realizados em pacientes sem necessidades especiais, acarretam diferenças.⁽²⁾

O objetivo deste trabalho é a realização de uma revisão bibliográfica sobre o controlo de comportamento direcionada para pacientes com necessidades especiais abordando as patologias consideradas mais frequentes: síndrome de down, paralisia cerebral, autismo e deficiências sensoriais visual e auditiva.

2. Metodologia

Foi utilizado o motor de busca Google e as bases de dados *Pubmed* para realizar a pesquisa e recolha de artigos. Acedeu-se ao *MeSH Database* e colocou-se no motor de busca expressões relacionadas com medicina dentária e pacientes com necessidades especiais tendo a mesma palavra-chave de base: "*Dental Care for Children*". As expressões cruzadas com a anterior foram: "*Down Syndrome*", "*Autistic Disorder*", "*Behaviour Control*", "*Cerebral Palsy*", "*Visual Impairment*" e "*Hearing Impairment*".

A pesquisa decorreu entre Setembro de 2017 e Maio de 2019, foram encontrados artigos em português e inglês posteriormente usados e selecionados pelo título e pelo resumo. Foram considerados artigos em português e inglês. Obtiveram-se 70 artigos dos quais foram posteriormente selecionados pelo título e pelo resumo 50 artigos para integrar este trabalho publicados entre 1976 e 2017. Para os artigos considerados relevantes, foram obtidos os textos integrais.

A página oficial da *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD) foi também acedida para retirar protocolos e artigos, juntamente com *Guidelines* que abordavam a temática desta revisão bibliográfica: *Guideline on Management of Dental Patients with Special Health Care Needs*.

3. Resultados

3.1. Intervenções Dentárias e Controlo de Comportamento

As intervenções dentárias têm sido descritas na literatura como um contexto potencialmente stressante. O medo de ir ao dentista constitui uma queixa prevalente em grande parte da população mundial atingindo especialmente, as crianças, que ficam temporariamente expostas a situações diferentes das experiências quotidianas, as quais envolvem equipamentos e instrumentos que, dependendo do tratamento em execução e da habilidade do médico dentista, podem provocar desconforto físico, como a dor e desconforto psicológico, que inclui elementos de ansiedade e o medo. ⁽¹⁰⁾

Uma criança que não colabore pode ser considerada um paciente especial por apresentar dificuldades em ajustar-se às exigências do tratamento dentário, necessitando assim de alterações no atendimento através da introdução de técnicas de controlo de comportamento. ⁽¹¹⁾

O primeiro contato da criança com a consulta de medicina dentária deverá ser visto como sendo de extrema importância e necessário. Os pais devem preparar psicologicamente a criança, a fim de minimizar possíveis ataques de ansiedade em relação ao tratamento. Desse modo, o contato inicial com o MD não deve ser meramente técnico, mas sim com o intuito de construir uma boa relação entre ambos, para que a criança se sinta única e respeitada. ⁽¹²⁾

O atendimento dentário infantil requer o controlo de comportamento da criança, de forma a viabilizar exames e intervenções relacionadas com a promoção da saúde oral. A abordagem deve adequar-se à idade, ao género, ao estado de saúde geral e aos fatores familiares da criança. O controlo do comportamento terá como auxílio o emprego de técnicas que podem ser farmacológicas e não farmacológicas, com o propósito de controlar o paciente durante o atendimento. ⁽¹³⁾

A atuação profissional do MD durante o atendimento de crianças, especialmente daquelas que tendem a não colaborar com o tratamento dentário, requer um conhecimento específico para identificar e lidar com as variáveis comportamentais, considerando as características de cada criança, as fases de desenvolvimento em que se encontram e as circunstâncias no decorrer de cada intervenção dentária. ⁽¹⁴⁾

O atendimento dos pacientes com necessidades especiais exige cuidados especiais específicos que comportam as reais necessidades dos mesmos. Essa atenção compreende desde procedimentos clínicos, para a reabilitação da saúde oral do paciente, até questões que

ultrapassam o conhecimento específico da área de Medicina dentária, como a existência de outras doenças sistémicas.⁽⁴⁾

Deve-se ressaltar que a comunicação entre a criança e o MD é um fator que vai influenciar positivamente a colaboração do paciente durante os exames e procedimentos dentários e na aplicação das técnicas de controlo de comportamento não farmacológicas.⁽¹³⁾

3.2. Técnicas de Controlo de Comportamento

3.2.1. Objetivos e indicações

O controlo do comportamento terá como auxílio a introdução de técnicas farmacológicas e não farmacológicas, com o objetivo de controlar o paciente durante o atendimento no consultório. As técnicas de controlo de comportamento podem ser amplamente utilizadas na abordagem da criança, possibilitando, assim, a otimização do atendimento.⁽¹³⁾

3.2.2. Dizer-mostrar-fazer

3.2.2.1. Descrição

A técnica envolve explicações verbais sobre os procedimentos em frases apropriadas ao nível de desenvolvimento do paciente (dizer); demonstrações para o paciente dos aspetos visuais, auditivos, olfativos e táteis do procedimento num ambiente cuidadosamente definido e não ameaçador (mostrar); e então, sem que haja qualquer desvio da explicação e demonstração, conclusão do procedimento (fazer). A técnica dizer-mostrar-fazer pode ser utilizada em conjunto com a comunicação verbal e não-verbal e o reforço positivo.^(8,14)

3.2.2.2 Objetivos e Indicações

Os objetivos do dizer-mostrar-fazer são: ensinar ao paciente aspetos importantes da consulta de odontopediatria e familiarizar o paciente com o ambiente do consultório e, moldar a resposta do paciente aos procedimentos através de dessensibilização e expectativas bem descritas. Pode ser usado com qualquer paciente e não tem qualquer contraindicação.^(8,14)

3.2.3. Controlo da voz

3.2.3.1. Descrição

O controlo da voz é uma alteração propositada do volume, do tom ou do ritmo da voz para influenciar e direcionar o comportamento do paciente. Embora uma mudança no ritmo da voz possa ser rapidamente aceite, o uso de uma voz assertiva pode ser considerado aversivo para alguns pais não familiarizados com esta técnica. Uma explicação prévia ao uso desta técnica pode evitar mal-entendidos.^(14,16)

Muitas vezes, na tentativa de controlar a situação, alguns profissionais dão ordens às crianças dizendo o que querem que elas façam, ou como se comportem. No entanto, este tipo de mensagens, que inicialmente parecem eficientes, são na verdade impositivas; pois estes profissionais desrespeitam o sentimento da criança. Quando se toma este tipo de atitude na realidade, promove-se o aumento do comportamento negativo.^(14,16)

3.2.3.2. Objetivos e indicações

Os objetivos do controle de voz são: obter a atenção e a conformidade do paciente; evitar um comportamento negativo ou evitação; e estabelecer papéis apropriados de adulto-criança. Pode ser usado em qualquer paciente.^(14,16)

3.2.4. Reforço positivo

3.2.4.1. Descrição

No processo de conseguir o comportamento desejado do paciente durante os procedimentos, é essencial fornecer reforço positivo. O reforço positivo visa recompensar comportamentos desejados, fortalecendo assim a probabilidade de recorrência desses comportamentos.^(15,17)

Reforços sociais incluem entoação vocal positiva, expressão facial, elogios verbais e demonstrações físicas apropriadas de afeto por parte do MD e assistente. Elogios descritivos vão enfatizar comportamentos cooperativos específicos, como por exemplo, “Obrigado por ficar quieto”, em vez de elogios generalizados como por exemplo, “Bom trabalho”. Reforços não-sociais incluem entre outros fichas e brinquedos.^(15,17)

3.2.4.2. Objetivos e Indicações

Esta técnica tem como objetivo reforçar o comportamento desejado.⁽¹⁵⁾

3.2.5. Comunicação não-verbal

3.2.5.1 Descrição

A comunicação não verbal é o reforço e a orientação do comportamento por meio de contacto adequado, postura, expressão facial e linguagem corporal. Manifesta-se pelas ações ou movimentos do corpo e a postura corporal.⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

Ao aperceber-se de determinados comportamentos por parte do paciente, o MD deve adotar uma postura mais descontraída como: o sorriso, manter o contato visual e os braços descruzados, falar sempre de forma clara e calma, reagir de forma empática as observações do paciente. As expressões faciais do profissional transmitem à criança a satisfação pelo seu bom comportamento, o contacto físico deve ser um processo gradativo até chegar ao exame objetivo, tocar nos ombros e nas mãos é uma atitude calorosa que pode aproximar o MD da criança, promovendo assim o sentimento de segurança.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

3.2.5.2 Objetivo e Indicações

Esta técnica é implementada pelo MD para modelar o comportamento da criança e tem como objetivos aumentar a eficácia de outras técnicas comunicativas e obter ou manter a atenção e a tranquilidade do paciente.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

3.2.6. Restrição física

3.2.6.1. Descrição

Esta técnica pode ser benéfica na prestação de cuidados de saúde oral para alguns bebés, crianças, adolescentes e pacientes com necessidades especiais de saúde e deverá ser aplicada juntamente com o consentimento por escrito detalhado dos pais. Devendo ser explicado o método de escolha para que não encarem a técnica como uma forma de castigo ou agressão pelo fato de a criança apresentar um comportamento não cooperativo, reduzindo assim, a existência de problemas éticos e legais.⁽¹⁷⁾

A restrição física passiva ou ativa, consiste em conter fisicamente o paciente infantil por meio de mãos, cintos, fitas, lençóis entre outros.

3.2.6.2. Objetivos e Indicações

Poderá estar indicada para pacientes com necessidades especiais ou bebés, especialmente no tratamento de urgência destes.⁽¹⁷⁾

3.2.7. Técnica da mão sobre a boca

3.2.7.1. Descrição

A técnica da “mão sobre a boca” é uma técnica que consiste na colocação da mão do MD sobre a boca da criança, dizendo em voz baixa e próximo ao ouvido, que para retirar a mão, a criança deve parar de gritar e ouvir o MD, pois só pretende conversar e explicar o tratamento a ser efetuado na consulta.⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

Geralmente, após a aplicação da técnica, a criança deixa de ter o comportamento agressivo. Se for o caso, o MD deve reforçar o bom comportamento com elogios. Caso o paciente comece novamente a lutar após a mão ser removida, esta deve ser colocada novamente e de imediato sobre a boca do paciente. A criança deve ser firmemente advertida que, uma vez removida a mão, ela deve cooperar, ficar quieta, abrir a boca e ouvir as indicações do MD.⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

3.2.7.2. Objetivo e Indicações

É usada para anular comportamentos descontrolados ou muito exaltados perante tratamentos dentários e tem vindo a ser abandonada por não ser bem aceite pelos pais e também, por não ser recomendada pelas AAPD. O seu uso é contra-indicado em crianças com menos de três anos de idade. Tem como objetivo ganhar a atenção da criança para que ela ouça as indicações ou pedidos do MD para que este possa realizar ou terminar o tratamento.⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

3.2.8. Sedação

É uma técnica que permite a diminuição do nível de consciência do paciente.⁽²⁰⁾

3.2.8.1. Descrição

3.2.8.1.1. Sedação Consciente

É uma técnica em que se recorre à utilização de um fármaco que induz um estado mínimo de depressão da consciência, mantendo-se a capacidade do paciente respirar de forma

independente e continuamente permitindo controlar o comportamento do paciente, uma vez que não compromete a comunicação entre o médico dentista e o paciente.⁽²⁰⁾

Para uma sedação consciente ideal, o agente sedativo deve ser eficaz, ter uma dosagem que não altere nem modifique os sinais vitais do paciente e permitir uma rápida recuperação do paciente, com uma baixa prevalência de efeitos adversos. Os agentes sedativos usados são: os benzodiazepínicos (Diazepam, Lorazepam e Midazolam), o hidrato de cloral e a inalação de óxido nítrico.⁽²⁰⁻²¹⁾

3.2.8.1.2. Sedação Profunda

Induz um estado medicamente controlado de consciência deprimida ou inconsciência, do qual o paciente não é facilmente acordado. Pode ser acompanhado por uma perda parcial ou total de reflexos protetores e implica uma incapacidade para manter a permeabilidade das vias aéreas de forma independente e para responder a estímulos físicos ou verbais.⁽²⁰⁻²¹⁾ Os fármacos mais frequentemente usados para este tipo de sedação são o propofol e a ketamina juntamente com os opióides. É necessário ter especial atenção ao uso destes fármacos pois apesar de possuírem um rápido início de ação, também têm mais riscos que podem culminar num estado de anestesia geral.⁽²⁰⁻²¹⁾

3.2.8.2. Objetivos e Indicações

Os objetivos desta técnica passam por manter a segurança e bem-estar do paciente, diminuir o desconforto físico e dor e controlar a sua ansiedade. Vai permitir também o controlo de comportamento e os movimentos para permitir a conclusão segura do tratamento dentário. Quando a criança é incapaz ou se recusa a colaborar e os restantes métodos de controlo de comportamento falharam, pode recorrer-se ao uso da sedação.⁽²⁰⁻²¹⁾

3.2.9. Anestesia Geral

3.2.9.1. Descrição

É um estado induzido por fármacos que é caracterizado por uma ausência de perceção de todos os sentidos.⁽²²⁾

3.2.9.2. Objetivos e Indicações

O tratamento dentário sob anestesia geral, por vezes, pode ser a única solução em pacientes com necessidades especiais, ou em tratamentos mais complexos. Este tipo de

tratamento tem de ser realizado em ambiente hospitalar e implica a presença de um anestesista e de equipamento adequado.⁽²²⁾

3.3. Controlo de Comportamento em Pacientes com Necessidades Especiais

3.3.1. Classificação

São considerados pacientes com necessidades especiais aqueles que possuem deficiências físicas, mentais, sensoriais, de desenvolvimento, comportamentais, emocionais, déficit de cognição e condições limitativas que requerem atenção médica como problemas sistémicos de saúde que necessite de programas ou serviços especializados para o seu tratamento. A condição patológica pode ser de desenvolvimento ou adquirida, podendo causar limitações ou incapacidade nas atividades do dia a dia.⁽²³⁾

3.3.2. Abordagem Inicial e Ficha Clínica

Os pacientes com necessidades especiais têm um risco aumentado no que diz respeito ao desenvolvimento de doenças orais que podem ter um impacto direto e negativo na sua saúde. A cárie dentária e a doença periodontal, entre outras condições, se não forem tratadas, podem evoluir para dor, infeção e perda de função. Esses efeitos adversos indesejáveis podem afetar a aprendizagem, a comunicação, a nutrição e outras atividades necessárias para o crescimento e desenvolvimento destas crianças.⁽²³⁻²⁴⁾

Partindo do pressuposto de que o consultório dentário é um local de acesso ao público, uma limitação em receber e tratar pacientes com necessidades especiais pode ser considerada uma discriminação.⁽²³⁻²⁴⁾

Durante a avaliação inicial de pacientes com necessidades especiais é de extrema importância conhecer a história médica para diminuir os eventuais riscos associados à sua condição, quando for submetido a procedimentos dentários. Portanto, é necessário obter uma anamnese detalhada para a obtenção de um diagnóstico correto e de um plano de tratamento eficaz.⁽²³⁻²⁴⁾

A ficha clínica deve conter informações sobre a queixa principal, a história da doença atual, os internamentos, as cirurgias, as alergias, as experiências prévias em que se recorreu ao uso de anestésicos, o uso de terapêutica, o estado de imunização, bem como uma revisão de sistemas, da história familiar que seja relevante ao tratamento e estado de saúde do paciente e

história dos procedimentos dentários realizados até à data. Se o paciente ou responsável for incapaz de fornecer informações corretas, poderá haver necessidade de as obter junto do médico que acompanha o paciente.⁽²³⁻²⁴⁾

3.3.3. Comunicação com o paciente

Para o estabelecimento de uma boa comunicação, durante o tratamento dentário de pacientes com necessidades especiais, é fundamental uma avaliação do desenvolvimento mental ou do grau da função intelectual do paciente. As informações fornecidas pelos pais ou pelo responsável do paciente, podem ser extremamente úteis no planeamento e na organização do atendimento. Por vezes, a presença dos pais, de um membro da família ou de um responsável pode facilitar a comunicação e o fornecimento de informações que o paciente não consiga dar.⁽²⁴⁾

3.3.4. Patologias mais frequentes

3.3.4.1. Paralisia Cerebral

3.3.4.1.1. Definição

A Paralisia Cerebral (PC) é caracterizada por distúrbios do tónus muscular, postura e movimentação involuntária, sendo conhecida como um grupo de distúrbios cerebrais de carácter estacionário que resultam de lesões ou anomalias do desenvolvimento cerebral ocorridas durante a vida fetal ou nos primeiros meses de vida. É um tipo de alteração neurológica de etiologia multifatorial.⁽²⁵⁾

3.3.4.1.2. Problemas Associados

O paciente com PC apresenta padrões anormais de postura e movimento e permanência de reflexos orais primitivos, que podem ser interpretados pelo médico dentista como um comportamento não colaborante, uma vez que, o mesmo, apresenta dificuldade de comunicação verbal.⁽²⁵⁻²⁶⁾

A má higienização é frequente nos pacientes com PC devido à falta de destreza manual para a escovagem, dependendo de outras pessoas para realizar a sua higiene oral, em alguns casos pode ser necessário que os pais ou responsáveis usem recursos especiais para a sua higienização como por exemplo, escova com cerdas largas ou escova elétrica.^(14,26-27)

A alta prevalência da doença periodontal nesta população está diretamente relacionada com a dificuldade de higienização oral e a presença de respiração bucal. O uso de medicação como a fenitoína, nifedipina e a ciclosporina predispõem à hiperplasia gengival, podendo também agravar o processo inflamatório gengival.⁽²⁵⁻²⁷⁾

É importante dar ênfase ao controlo de placa, sendo essencial uma boa instrução e treino em higiene oral com o paciente, na presença dos pais ou responsáveis. Pode-se adotar o uso de escovas elétricas para otimizar o controlo de placa, considerando a falta de destreza manual destes pacientes ao realizar a escovagem com a escova manual e utilizar, se necessário, o controlo químico de placa através de clorexidina 0,12% quando o controlo mecânico for insuficiente.⁽²⁵⁻²⁷⁾

3.3.4.1.3. Controlo de Comportamento

Existem certas metodologias que podemos adotar para pacientes com PC, são elas: o planeamento de consultas rápidas visando a fadiga muscular do paciente; individualizar a abordagem e posicionamento do paciente com PC para realizar um tratamento dentário de forma segura; posicionar os pacientes confortavelmente na cadeira, procurando sempre manter uma postura adequada e assegurando a estabilização dos movimentos.⁽²⁵⁻²⁹⁾

É aconselhado manter o paciente em posição inclinada para reduzir a dificuldade de deglutição, pode recomendar-se nalguns casos o uso de restrição física, sob consentimento dos pais, a fim de controlar os movimentos involuntários do paciente.⁽²⁵⁻²⁹⁾

Devemos evitar movimentos bruscos, estimulação sonora e visual sem avisar antecipadamente o paciente, uma vez que são situações que podem desencadear reflexos no paciente como o reflexo da tonicidade do pescoço assimétrica, se a cabeça do paciente for repentinamente virada para um lado, o braço e a perna do lado para o qual a cabeça está virada estender-se-ão e vão enrijecer enquanto que nos membros do lado oposto vai ocorrer flexão; o reflexo da tonicidade do labirinto, se a cabeça do paciente tombar repentinamente para trás, quando este estiver deitado, as costas vão assumir uma posição conhecida como extensão postural: os braços e as pernas estender-se-ão, e o pescoço e as costas curvam-se; ou o reflexo do susto que consiste em movimentos involuntários, repentinos e bruscos, é uma reação a um estímulo que surpreende o paciente, como o barulho ou o gesto de outra pessoa. Esse reflexo é frequentemente observado em indivíduos com paralisia cerebral.⁽²⁵⁻²⁹⁾

A adoção destes métodos permitirá ao MD a realização de procedimentos/intervenções dentárias de forma muito mais tranquila e segura tanto para ele como para o paciente com PC.⁽²⁵⁻²⁹⁾

3.3.4.2. Síndrome de Down

3.3.4.2.1. Definição

A Síndrome de Down (SD) é caracterizada, essencialmente, por um atraso no desenvolvimento da criança tanto nas funções motoras quanto na linguagem, sendo que se trata da forma mais frequente de atraso mental. Esta síndrome resulta da presença de um cromossoma 21 extra sendo que a sua incidência aumenta com o aumento da idade materna.⁽³⁰⁻³¹⁾

Pode ser diagnosticada na fase pré-natal, reforçando a importância de um acompanhamento adequado. O diagnóstico precoce resultará na avaliação adequada da criança desde o período pré-natal, possibilitando identificar a presença e a gravidade de alterações congénitas.⁽³⁰⁻³¹⁾

3.3.4.2.2. Problemas Associados

Os pacientes portadores de SD apresentam várias alterações orais. Sendo as mais relevantes a musculatura perioral hipotónica, geralmente são respiradores bucais crónicos, a mucosa da boca é seca e os lábios podem apresenta-se com fissuras e secos. Passam grande parte do tempo de boca aberta, o palato duro é menor que o normal e de forma ogival.⁽³²⁻³³⁾

Também são encontradas alterações oclusais, sendo a mais comum uma má oclusão de classe III de Angle, mordida cruzada anterior e posterior. A posição da língua mais anteriorizada produz uma força anormal nos dentes antero-inferiores. Podem apresentar bruxismo e macroglossia com de hipotonia lingual.⁽³³⁾

Devido às deficiências motora e neurológica e às diferenças das bases ósseas, os pacientes com SD têm maior probabilidade de desenvolver doença periodontal.⁽³³⁾ A progressão da doença periodontal é mais rápida e extensa, quando comparada com indivíduos sem SD, afetando tanto a dentição decídua, quanto aos dentes permanentes podendo levar a uma perda precoce dos dentes, em que se observa reabsorção óssea severa, mobilidade dentária e presença de cálculo dentário com o desenvolvimento de bolsas periodontais profundas, associado à acumulação de biofilme e inflamação gengival que,

consequentemente, causam uma inflamação generalizada, predominantemente mais severa em dentes inferiores.⁽³³⁻³⁷⁾

A família deve ser alertada sobre a importância de uma boa higiene oral e da utilização diária do fio dentário e, também, do atraso da erupção de dentes em pacientes com SD, havendo a necessidade de realização de radiografias periódicas.⁽³³⁻³⁷⁾

3.3.4.2.3. Controlo de Comportamento

Durante a realização da história clínica, é importante verificar a existência, ou não, de interferências medicamentosas no tratamento dentário. O MD deve ser informado sobre internamentos ou cirurgias prévias do paciente verificando assim traumas e experiências anteriores desagradáveis e estar atento ao exame físico para evidências de maus tratos, abandono ou negligência.⁽³⁶⁻³⁷⁾

Aconselha-se o uso de técnicas de controlo de comportamento no atendimento dos pacientes com SD. Com o reforço positivo, a técnica do dizer-mostrar-fazer e controlo de voz. No caso destas técnicas não atingirem o efeito esperado, pode-se recorrer a sedação. Deve-se ter especial atenção quando submetidos a anestesia geral, pois pacientes com SD têm o pescoço relativamente curto, macroglossia e hipotonia lingual, pelo que podem ocorrer dificuldades durante as manobras de intubação traqueal que tem por objetivo manter e garantir a desobstrução das vias aéreas.⁽³⁷⁾

É necessário algum cuidado ao manipular pacientes com SD devido à instabilidade da articulação atlanto-axial na coluna cervical, evitando hiperextensão para não danificar a medula nem os nervos periféricos.⁽³⁷⁾

3.3.4.3. Autismo

3.3.4.3.1. Definição

O autismo consiste num transtorno de desenvolvimento que ocorre, principalmente, nos pacientes do sexo masculino, até aos três anos de idade. É caracterizado pela dificuldade de comunicação, de relacionamento social e por desvios a estímulos auditivos e visuais.⁽³⁸⁻³⁹⁾

3.3.4.3.2. Problemas Associados

O tratamento dentário em pacientes autistas (PA), muitas vezes, é considerado desafiante para os pais e para os MD pela dificuldade de abordagem, devido ao comportamento

repetitivo e limitado e recusa para responder aos pedidos ou questões, sendo estes os principais desafios encontrados. Em contrapartida, a abordagem terapêutica adotada pode também interferir na resposta desses pacientes ao tratamento proposto.⁽³⁹⁾

3.3.4.3.3. Controlo de Comportamento

O MD deve criar uma rotina de atendimento para o PA, realizando algumas visitas ao consultório antes de iniciar o tratamento. As consultas devem ser curtas, bem estruturadas e deve-se evitar que o PA espere na receção; devem ser também sempre ao mesmo dia, horário e deve-se manter a equipa profissional, uma vez que o PA necessita de uma continuidade e rotina.⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾

Recomenda-se o uso das técnicas “dizer-mostrar-fazer”, controlo de voz, reforço positivo como por exemplo elogios imediatos e presentes ao final do tratamento, podendo haver indicação para contenção física com o consentimento dos pais em casos específicos. Deve-se priorizar a prevenção de patologias orais, realizando a instrução e motivação de higiene oral sempre na presença dos pais ou dos responsáveis pelo PA. A abordagem deve ser individualizada, pois tratamentos que obtiveram um resultado positivo numa criança autista podem ser ineficazes para outros.⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾

As consultas devem ser esquematizadas com figuras para, através da pedagogia visual, explicar as etapas do atendimento às crianças. O MD deve instruir os pais para que esta atividade seja realizada como uma forma de ensaio em casa. Isto exige a interação do dentista com uma equipa multidisciplinar envolvendo psicólogos e pedagogos. O tratamento sob anestesia geral em ambiente hospitalar é o mais recomendado quando não for conseguido o condicionamento do paciente para atendimento em ambulatório.⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾

3.3.4.4. Deficiências sensoriais

3.3.4.4.1. Deficiência Visual

3.3.4.4.1.1. Definição

A Deficiência Visual (DV), seja a cegueira ou a baixa visão, impõe restrições ao desenvolvimento seguro e confiante no ambiente, interfere no conhecimento do próprio corpo e na inter-relação entre as coisas e as pessoas, influenciando, principalmente, as atividades de auto cuidado e mobilidade.⁽⁴²⁾

3.3.4.4.1.2. Problemas Associados

As maiores necessidades dentárias do paciente com DV estão relacionadas com as suas dificuldades de aprendizagem e de manutenção de uma higiene oral adequada, pois podem apresentar pouca destreza manual para a realização de uma higiene oral satisfatória, o que poderá levar à acumulação de placa bacteriana, resultando num processo inflamatório gengival e eventualmente no aparecimento de cárie dentária.⁽⁴³⁾

3.3.4.4.1.3. Controlo de Comportamento

A primeira consulta serve apenas para a apresentação do MD e da equipa, do ambiente e de alguns instrumentos. A conversa deve ser estabelecida com o paciente ainda na sala de espera, antes de tocá-lo. Após a entrada do paciente no consultório, o MD deve orientar sobre o local de descanso dos braços e das pernas e encosto da cadeira.⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾

A instrução e motivação de higiene oral será demonstrada utilizando dedeiras de borracha e, em seguida, com a escova ou com recurso a um modelo de gesso e escova, com as mãos do paciente sobre as mãos do MD, que realizará os movimentos interagindo também com os pais ou responsáveis pelo paciente deixando que o mesmo toque nos materiais e avisando de possíveis ruídos. Em alguns casos e por um período transitório, as consultas devem ser frequentes para garantir que o paciente com DV adquira as competências desejadas e ensinadas pelo MD.⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾

3.3.4.4.2. Deficiência Auditiva

3.3.4.4.2.1. Definição

A Deficiência Auditiva (DA) é caracterizada pela incapacidade parcial ou total de compreender a fala pela audição, variando em diferentes níveis e graus, não se restringindo às funções auditivas, podendo afetar o desenvolvimento da linguagem oral, da aprendizagem bem como da personalidade e de suas relações sociais.⁽⁴⁶⁾

3.3.4.4.2.2. Problemas Associados

A dificuldade de comunicação é geralmente o maior obstáculo encontrado por estes pacientes. O profissional deve estar familiarizado com a forma de comunicação que o paciente prefere usar para diminuir o grau de ansiedade da pessoa com deficiência auditiva. Os sentidos do tato, da visão e do paladar encontram-se por vezes mais sensíveis pelo que o MD deve ter essa informação em linha de conta durante a consulta.⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾

3.3.4.4.2.3. Controlo de Comportamento

É de extrema importância realizar uma consulta com os pais ou responsáveis pela criança com DA para obter informações necessárias acerca da melhor forma de comunicação com estes pacientes. A equipa deve ser avisada sobre a condição do paciente para poder colaborar no seu bem-estar.⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾

A presença dos pais durante o atendimento pode reduzir a ansiedade e ajudar na comunicação com o paciente, além de incluí-los na instrução e motivação de higiene oral, tranquilizando-os através da explicação e do uso da técnica do “dizer-mostrar-fazer” vai permitir tanto ao paciente como aos pais, perceber como se realizam os procedimentos- Antes do início da consulta, deve-se pedir ao paciente com DA que remova os aparelhos auditivos, pois podem amplificar os sons e avisar também dos odores, sabores, textura e temperatura dos diferentes dos materiais.⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾

O MD deve preferir viseiras transparentes às máscaras convencionais devido ao bloqueio da visão, tranquilizar o paciente através de contatos físicos, como a mão no ombro ou aperto de mão, comunicar com o paciente através da comunicação não-verbal utilizando figuras, modelos, gestos e expressões faciais. É importante que o MD esteja sempre de frente para o paciente para permitir que este veja a sua cara e acompanhe tanto os procedimentos realizados como os sinais que lhe são enviados.⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾

3.4. Perceção dos pais ao Controlo de Comportamento

A ansiedade dos pais relativamente ao atendimento de filhos portadores de deficiência pode ser reduzida através de orientações apropriadas que possibilitem a sua participação durante o tratamento, transformando-os em elementos de apoio.⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾

É importante compreender que o MD possui total capacidade e autoridade para guiar toda a terapêutica, no entanto, os pais devem estar de acordo e participar ativamente nas decisões e, principalmente, estarem esclarecidos quanto às técnicas de controlo de comportamento.⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾

Entre as técnicas não restritivas, a “dizer-mostrar-fazer” e o reforço positivo foram sempre aceites pelos pais, tanto sem a devida explicação das técnicas 86,8% e 84,2%, quanto após a explicação 100% e 76,3%, respetivamente. O mesmo foi observado através de um

estudo que constatou a técnica “dizer-mostrar-fazer” como a mais aceite pelos pais (98%), seguida pelo reforço positivo (91,8%).⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾

O nível de aceitação das técnicas restritivas "mão-sobre-a-boca", contenção passiva e contenção ativa foi baixo, antes das explicações, onde a técnica de restrição física passiva foi a mais rejeitada (51%), seguida pela mão-sobre-a-boca (38,8%) e restrição física ativa (24,5%).⁽¹³⁾ Em contrapartida, num outro estudo realizado sobre o controlo de comportamento com o uso de técnicas de restrição física, constatou-se que, independente do grau de escolaridade, 73% das mães permitiriam o uso dessa técnica. Entretanto, após explicação, pode-se verificar que o nível de aceitação em relação a essas técnicas melhorou, indicando que quando existe a possibilidade da realização das mesmas, os pais ou responsáveis devem ser sempre previamente esclarecidos.⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾

É de fundamental importância esclarecer os pais como e por que a técnica é indicada para o tratamento dentário do seu filho, especialmente se o MD utilizar técnicas restritivas ou farmacológicas, nesses casos deve ser adquirido um consentimento por escrito. Para se obter o consentimento informado é fundamental explicar aos pais sobre a natureza, o risco e os benefícios de cada técnica a ser usada e de todas as técnicas alternativas profissionalmente reconhecidas ou baseadas na evidência. Deve-se responder a todas as perguntas de acordo com a compreensão dos pais para que não restem dúvidas.⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾

Vale a pena ressaltar que os pais e responsáveis devem estar cientes de que as técnicas de controlo de comportamento infantil visam sempre o melhor atendimento e bem-estar dos pacientes.⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾

4. Conclusões

As técnicas de controlo de comportamento têm sido utilizadas em medicina dentária para controlar o comportamento de crianças menos cooperantes às intervenções dentárias sendo causadoras de dificuldades na prestação dos cuidados de saúde oral.

Pacientes com necessidades especiais são crianças que necessitam de um cuidado especial pelas dificuldades inerentes à sua condição. As limitações emocionais, intelectuais ou de mobilidade, as doenças sistémicas que poderão estar associadas à sua condição e as patologias orais.

As condições abordadas nesta revisão foram escolhidas pela maior prevalência de aparecimento nos consultórios dentários e pela influência que poderão causar na execução de tratamentos, sendo essencial o seu conhecimento para uma boa prática clínica através da adoção de certas condutas. Verificou-se que em todas as condições, o conhecimento e realização de uma boa história clínica incluindo as condições do paciente, experiências passadas e terapêuticas, vão facilitar a realização do plano de tratamento e a execução do mesmo.

Outra parte essencial que facilitará a execução do plano de tratamento, passa pela instrução e motivação de higiene oral tanto nas consultas, como em casa com a ajuda dos pais ou responsáveis pela criança.

Os pais e o MD devem trocar ideias quanto ao bem-estar do paciente, porém cabe ao MD a responsabilidade sobre o tratamento. De qualquer modo, os pais devem participar no processo de tomada de decisões e o seu consentimento prévio deve ser obtido por escrito.

É importante conhecer e respeitar cada fase de desenvolvimento da criança bem como saber que protocolos adotar quando o MD estiver perante uma criança com necessidades especiais. O conhecimento da psicologia da criança e de princípios científicos bem como a paciência, conseguem tornar mais fácil a abordagem destes pacientes possibilitando o estabelecimento de uma relação adequada.

O MD deverá adquirir experiência e formação nesta área de modo a conseguir efetuar os procedimentos dentários em pacientes odontopediátricos e, principalmente, em pacientes odontopediátricos com necessidades especiais.

5. Referências Bibliográficas

1. Silva ZCM, Pagnoncelli SD, Weber JBB, Fritscher AMG. Avaliação do Perfil dos Pacientes com Necessidades Especiais da Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da PUCRS. *Rev Odonto Cienc.* 2005;50(20):313-318.
2. Elias, R Odontologia de alto risco: pacientes especiais. Rio de Janeiro: Revinter, 1995:96-102.
3. Schmidt MG. Pacientes especiais: portadores de deficiências neuropsicomotoras. In: Corrêa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. 1. ed. São Paulo: Santos; 2001:645-63.
4. Toledo AO, Bezerra ACB. Odontologia preventiva para excepcionais. In: Fourniol Filho A. *Pacientes especiais e a Odontologia*. 1. ed. São Paulo: Santos; 1998:423-32.
5. Baier K, Milgrom P, Russell S, Mancl L, Yoshida T. Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. *Pediatr Dent* 2004;26:316-321.
6. Corrêa MSN. Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos. São Paulo: Santos Editora. 2002.
7. Ribble MA. *Os direitos da criança*. 2ªed. Rio de Janeiro: Imago. 1975.
8. Albuquerque C, Gouvêa C, Moraes R, Barros R, Couto C. Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. *Arquivos em Odontologia*. 2010;45(02):110-115.
9. Berge, M.T., Veerkamp, J. & Hoogstraten, J. Dentist's behavior in response to child dental fear. *Journal of Dentistry for Children*. 1999;63:36-40.
10. Reis F, Dias M, Leal I. A consulta no setting odontopediátrico: A percepção subjectiva do medo. *Análise Psicológica*. 2008;2:239-250
11. Moraes A, Sanchez K, Possobon R, Costa Júnior Á. Psicologia e odontopediatria: a contribuição da análise funcional do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2004;17(1):75-82.
12. Costa Jr., A.L. & Coutinho, S.M.G. Você tem medo de dentista? A psicologia pode ajudar-lhe. *Leia: Informação e Crítica*. 2000;2(9):20-24.
13. Feigal, R. Guiding and Managing the Child Dental Patient: A Fresh Look at Old Pedagogy. *Journal of Dental Education*. 2001;65(12):1369-1377.
14. Silva L, Freire N, Santana R, Miasato J. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na odontopediatria. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*. 2016;28(2):135-42-
15. Ferreira B, Bonanato K, Reis J, Navarro R, Imperato J. Técnicas de controle de comportamento do paciente odontopediátrico: revisão de literatura. *Políticas e Saúde Coletiva – FEAD*. 2015

16. Chambers DW. Communicating with the young dental patient. *J Am Dent Assoc* 1976;93(4):793-9.
17. Zanetti G, Punhangui M, Frossard W, Oda N. Conduta Clínica frente aos diferentes tipos de comportamento infantil. *UNOPAR Cient, Ciênc Biol Saúde*. 2001;3(1):69-75.
18. Levitas TC. Home: hand over mouth exercise. *J Dent Child*. 1974;41(4):178-81.
19. Barbosa CSA, Toledo OA. Use of aversive techniques for behavior management in pediatric dentistry. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2003;6 (29):76-82.
20. Moura AM. Sedação em Odontopediatria (dissertação tese). Piraciaba: Faculdade de Odontologia de Piraciaba, Universidade Estadual de Campinas; 1997
21. American Dental Association. Americans with Disabilities Act(AwDA). 2008. Available at: <http://www.ADA.org>
22. Acs G, Pretzer S, Foley M, Ng MW. Perceived outcomes and parental satisfaction following dental rehabilitation under general anesthesia. *Pediatr Dent*.2001;23:419-423.
23. Nowak AJ. Patients with special health care needs in pediatric dental practices. *Pediatr Dent*. 2002;24(3):227-8.
24. Clemetson, J. et alii Preparing Dental Students to Treat Patients with Special Needs: Changes in Predoctoral Education After the Revised Accreditation Standard. *Journal of Dental Education*. 2012;76(11):1457-1465.
25. Santos ATL, Couto GBL. Atendimento odontológico ao paciente portador de paralisia cerebral. *Int J Den*.2008;7:133-141.
26. Dougherty, N. J. A review of cerebral palsy for the oral health professional. *Dent Clin N Am* 2009;53:329-338.
27. Dos Santos MTBR, Nogueira MLG. Infantile reflexes and their effects on dental caries and oral hygiene in cerebral palsy individuals. *J Oral Rehab* 2005;32:880-885.
28. Santos MTBR, Manzano FS. Assistive stabilization based on the neurodevelopmental treatment approach for dental care in individuals with cerebral palsy. *Quintessence Int*. 2007;38(8):681-7.
29. Bozkurt FY, Fentoglu O, Yetkin Z. Comparison of various oral hygiene strategies in neuromuscularly disabled individuals. *J Contemp Dent Pract*. 2004;5(4):23-31.
30. Aguiar SMHCA, Barbieri CM, Castro AM. Incidência da síndrome de Down associada à idade materna mais avançada. *J Bras Odonto-Psicol Odontol Pacientes Espec*. 2003,1(2):166-8.
31. Camera G, Mascarello A, Bardini D, Fracaro G, Boleta-Ceranto D. O papel do cirurgião-dentista na manutenção da saúde bucal de portadores de síndrome de down. *Odontol. Clín.-Cient*. Recife. 2011

32. Teitelbaum AP, Sabbagh-Haddad A. Alteração sistêmica na Síndrome de Down e cuidados no atendimento odontológico. *Rev Assoc Paul Dent.* 2007;61(3):237-42.
33. Oliveira ACB, Ramos-Jorge ML, Paiva SM. Aspectos relevantes à abordagem odontológica da criança com síndrome de Down. *Revista do CROMG.* 2001;7(1):37-41.
34. Silva FA, Neto JV, Pires CCC. Síndrome de Down: peculiaridades de interesse odontológico e possibilidades ortodônticas. *Rev. Fac Odontol UFGO.* 1997;1(1):55-60.
35. Bimstein E, Needleman H, Karimbux N, Van Dyke T. Saúde e doenças periodontais e gengivais: crianças, adolescentes e adultos jovens. São Paulo; Santos; 2002.
36. Serra CG. A promoção da saúde para pacientes especiais: obstáculos e desafios. *Jornal da ABOPREV.* 1996.
37. Maranhão MHC, Coelho VV. Anestesia e Síndrome de Down. *Rev Bras Anest.* 1988;38(5):351-354.
38. Sant'Anna L, Barbosa C, Brum S. Atenção à saúde bucal do paciente autista. *Revista Pró-universus.* 2017;08(1):67-74
39. Caruzo VC, Rodrigues LMS, Tavares MM. Importância do conhecimento dos enfermeiros sobre o autismo e suporte familiar: relato de experiência. *USS,* 2015;6(2):8.
40. Klein U, Nowak AJ. Autistic disorder: a review for the pediatric dentist. *Pediatr Dent.* 1998;20(5):312-7.
41. Backmann B, Pilebro C. Visual pedagogy in dentistry for children with autism. *J Dent Child.* 1999;66:325-331.
42. Malta J, Endriss D, Rached S, Moura T, Ventura L. Desempenho funcional de crianças com deficiência visual, atendidas no Departamento de Visual da Fundação Altino Ventura. *Arq Bras Oftalmol.* 2006; 69:571-4.
43. Rath IBS; Bosco VL; Almeida ICS; Moreira EAM. Atendimento odontológico para crianças portadoras de deficiência visual. *Arq Odontol.* 2001;37:183-8.
44. Batista CG, Turrini CA, Moraes ABA de, Rolim GS. A odontologia e as pessoas com deficiência visual. *J. Bras Odonto- psicol odontol pacientes espec.* Curitiba, PR. 2003; 1(2):170-4.
45. Batista CG, Enumo SRF. Desenvolvimento humano e impedimentos de origem orgânica: o caso da deficiência visual. In: Novo, HÁ, Menandro, MCS. (Org.) *Olhares diversos: estudando o desenvolvimento humano.* Vitória: UFES.2000:157-174.
46. Ruas B, Borges C, Costa V, Schardosim L. Oral health status of children with hearing impairment, enrolled in a special education school RFO, Passo Fundo, 2016; 21(2):237-241.

47. Rath IBS, Bosco VL, Almeida ICS, Moreira EAM. Atendimento odontológico de crianças com deficiência auditiva. *Arquivos em Odontologia*. Belo Horizonte, MG. 2002; 38(1):27-33.
48. Ahmann, E. Review and commentary: two studies regarding giving “bad news”. *Pediatr. Nurs.*, Woodbury. 1998;24(6):554-556.
49. Simões F, Macedo T, Coqueiro R, Pithon M. Percepção dos pais sobre as técnicas de manejo comportamental utilizadas em Odontopediatria. *Rev. brasileira odontologia.*, Rio de Janeiro. 2016:277-82.
50. Eaton JJ, McTigue DJ, Fields HW Jr, Beck M. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2005;27(2):107-13.