

UNIVERSIDADE DE UBERABA

FILIFE GUSTAVO BARBOSA CRUZ  
JAKELINE MAURICIO DE OLIVEIRA

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES PORTADORES DE  
MICROCEFALIA

UBERABA, MG

2018

FILIFE GUSTAVO BARBOSA CRUZ  
JAKELINE MAURICIO DE OLIVEIRA

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES PORTADORES DE  
MICROCEFALIA

Relato de caso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade de Uberaba como exigência do componente curricular Orientação de Trabalho de Conclusão de Curso I.

Orientadoras: Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira  
Ana Maria Schroden

UBERABA, MG

2018

Cruz, Filipe Gustavo Barbosa.  
C889a Atendimento odontológico em pacientes portadores de microcefalia  
/ Filipe Gustavo Barbosa Cruz, Jakeline Mauricio de Oliveira. –  
Uberaba, 2018.  
17 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba. Curso  
de Odontologia. Área de Odontopediatria, 2018.

Orientadora: Profª. Dra. Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira.  
Orientadora: Profª. Ana Maria Schroden.

I. Odontopediatria. 2. Microcefalia. 3. Atendimento odontológico. I.  
Oliveira, Jakeline Mauricio de. II. Oliveira, Maria Angélica Hueb de  
Menezes. III. Schroden, Ana Maria. IV. Universidade de Uberaba.  
Curso de Odontologia. V. Título.

CDD 617.645

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

FILIFE GUSTAVO BARBOSA CRUZ  
JAKELINE MAURICIO DE OLIVEIRA

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES PORTADORES DE  
MICROCEFALIA

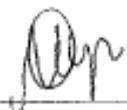
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para  
obtenção do título de cirurgião dentista no Curso de Odontologia da  
Universidade de Uberaba.

Área de concentração: Odontopediatria

Aprovado em: 8/12/18

BANCA EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_

  
\_\_\_\_\_

## **RESUMO**

A microcefalia é uma doença que causa diminuição no diâmetro do cérebro da criança, levando a ter sequelas neurológicas, problemas motores, atraso na fala, distúrbios de comportamento entre outros. Estas características não afetam somente a saúde geral do paciente, mais também a saúde bucal, pois, pela sua dificuldade em realizar a higienização correta torna a cavidade oral um meio propício para o surgimento de doenças. O presente estudo objetivou apresentar um panorama sobre o atendimento odontológico diante do paciente R.K.C.P., gênero masculino, 12 anos e 8 meses, que foi diagnosticado com microcefalia pelos médicos. A mãe procurou atendimento odontológico para o filho na policlínica Getúlio Vargas, preocupada com a saúde bucal do mesmo. Durante o exame clínico dente a dente foi observado tecido cariado nos dentes 16 e 46 e placa bacteriana sendo realizado o atendimento odontológico. Neste sentido o trabalho visa instruir o cirurgião dentista quanto ao manejo e técnicas durante o atendimento de pacientes portadores de microcefalia facilitando o atendimento otimizando tempo e a qualidade do mesmo.

Palavras-chave: Microcefalia. Atendimento odontológico. Pacientes especiais.

## **ABSTRACT**

Microcephaly is a disease that causes a decrease in the child's brain diameter, leading to neurological sequelae, motor problems, speech delay, behavioral disorders, and so on. These characteristics not only affect the general health of the patient, but also the oral health, because, due to its difficulty in carrying out the correct hygiene, it makes the oral cavity a conducive medium for the emergence of diseases. The present study aimed to present a panorama about the dental care before the patient R.K.C.P., male, 12 years and 8 months, who was diagnosed with microcephaly by physicians. The mother sought dental care for her son in Getulio Vargas polyclinic, worried about his oral health. During the clinical examination tooth to tooth was observed carious tissue in teeth 16 and 46 and bacterial plaque being performed dental care. In this sense, the aim of this study is to instruct the dental surgeon about the management and techniques during the care of patients with microcephaly, facilitating the treatment, optimizing time and quality of the same.

Key words: Microcephaly. Dental care. Special patients

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	06
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	08
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b>	08
3.1	GERAL	08
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	08
<b>5</b>	<b>DISCURSSÃO</b>	12
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	15
	<b>REFERÊNCIAS</b>	16
	<b>ANEXOS</b>	18
	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	18
	TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGENS	19

## 1. INTRODUÇÃO

Microcefalia é uma condição neurológica em que o cérebro é subdesenvolvido e as moleiras ou fontanelas se fecham com prematuridade, e resultam em cabeça pequena, diâmetro menor que as de outras crianças da mesma idade e sexo (LEITE & VARELLIS, 2016).

As condições que podem levar a microcefalia são divididos em dois períodos. Pré-natais: consumo abusivo de álcool e/ou drogas como aminopterina, metilmercúrio, piriproxifeno, cocaína e heroína durante a gravidez; intoxicação por chumbo; Diabetes materna descompensada; Hipotireoidismo materno; Insuficiência placentária e outros fatores associados à restrição do crescimento fetal e pré-eclâmpsia; Anoxia cerebral; anomalias genéticas; exposição à radiação de bombas atômicas; Infecções durante a gravidez, especialmente rubéola, citomegalovírus, toxoplasmose e vírus Zika. Pós-natais: Infecções intracraniais (encefalite e meningite); Intoxicação por cobre; Hipotireoidismo infantil; Anemia crônica infantil; traumas disruptivos (como AVC) e insuficiência renal crônica (LEITE & VARELLIS, 2016).

Pacientes portadores de microcefalia apresentam características físicas como: hipotonia muscular, retardo no crescimento, testa encurtada e plana, região malar plana, nariz amplo e curto, microstomia, retrognatia e pescoço curto com pele enrugada, alterações craniofaciais típicas, que causam problemas sérios como maloclusão, doenças periodontais, obstrução das vias aéreas, problemas na fala e infecções recorrentes, (MORAVA *et al* 2007) (PEREIRA *et al* 2017).

A doença periodontal é de grande recorrência em pacientes com necessidades especiais devido as suas restrições de variedade-de-movimento, e hábitos que muitas vezes podem minimizar as suas reduzidas capacidades de auto higienização (LAWTON, 2002).

Segundo informações do IBGE o censo demográfico do ano de 2000, apontam cerca de 500 milhões de indivíduos com deficiência no mundo, só no Brasil 14,5% da população tem algum tipo de deficiência. A organização mundial de saúde (OMS) afirma que mais de dois terços de pacientes especiais não recebem nenhum tipo de assistência odontológica. Existe uma preocupação coletiva com a incapacidade destes indivíduos, porem desconsidera que eles necessitam de educação e atendimentos especiais (SAMPAIO *et al*, 2004), (Silva & Cruz, 2009).

Estima-se que hoje no Brasil o número de profissionais habilitados para o atendimento desses pacientes é reduzido. Segundo o Conselho Federal de Odontologia são 583 inscritos como especialistas em Pacientes com necessidades especiais (PNE) em todo o território brasileiro até agosto de 2016, um número baixo levando em consideração que 23,91% da população brasileira possui algum tipo de deficiência. De acordo com o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e, 1845 casos de microcefalia e/ou alteração do SNC já foram confirmados até agosto de 2016 de acordo com o informe epidemiológico 33/2016 do Ministério da Saúde (SAMPAIO *et al*, 2004), (SILVA & CRUZ, 2009)

A anamnese é o momento em que o profissional tem a oportunidade de conhecer os aspectos psicológicos que envolvem a família, as expectativas em relação ao tratamento, e experiências frustradas anteriores. O cirurgião deve perceber e entender como a família se posiciona diante do comportamento do paciente (PEREIRA, 2010).

O atendimento odontológico deve incluir uma anamnese detalhada, contendo histórico médico completo do paciente, a presença de distúrbios associados à microcefalia como epilepsia, convulsões, atraso mental, tardamento na aquisição da fala, alterações visuais, auditivas e sensoriais, alterações do comportamento, e farmacologia utilizada. Os pais ou responsáveis devem assinar o termo de contenção física, (LEITE & VARELLIS, 2016).

Algumas medidas podem ser tomadas durante as consultas a fim de favorecer o atendimento:

- ✓ Planejar consultas rápidas pela manhã, evitando assim o desgaste muscular e mental do paciente (LEITE & VARELLIS, 2016).
- ✓ Posicionar o paciente confortavelmente na cadeira, estabilizando os movimentos para que o tratamento seja de maneira segura e efetiva (LEITE & VARELLIS, 2016).
- ✓ Optar pela posição inclinada para melhor controle da deglutição (LEITE & VARELLIS, 2016).
- ✓ Utilizar métodos de estabilização física para restringir os movimentos do paciente (LEITE & VARELLIS, 2016).
- ✓ Controlar os movimentos mandibulares utilizando abridores de boca (LEITE & VARELLIS, 2016).
- ✓ Orientar os pais ou cuidadores sobre a higienização do paciente para controlar o biofilme dental, através de métodos visuais e práticos.

- ✓ Demonstrar como utilizar abridores de boca que podem ser feitos com espátulas de madeira envoltas por fitas crepes ou esparadrapos (LEITE & VARELLIS, 2016).
- ✓ Para facilitar a escovação utilizar escovas elétricas (LEITE & VARELLIS, 2016).
- ✓ Deve-se usar como exaguante bucal, soluções de 0,12% de clorexidina, caso os meios mecânicos de remoção de biofilme sejam ineficientes (LEITE & VARELLIS, 2016).

## **2. JUSTIFICATIVA**

O presente trabalho é relevante, pois visa instruir o cirurgião dentista quanto ao manejo e técnicas durante o atendimento de pacientes portadores de microcefalia. O conhecimento das características da microcefalia e seu manejo por parte do cirurgião dentista poderá facilitar o atendimento otimizando tempo e a qualidade do mesmo.

## **3. OBJETIVO**

### **3.1 GERAL:**

Orientar o cirurgião dentista sobre o atendimento a pacientes portadores de microcefalia.

## **4. MATERIAIS E MÉTODOS**

Paciente R.K.C.P., gênero masculino, 12 anos e oito meses, leucoderma, nascido de parto normal, foi diagnosticado com microcefalia pelos médicos. A mãe G.C.R. procurou atendimento odontológico para o filho na policlínica Getúlio Vargas, preocupada com a saúde bucal do mesmo.

O Paciente foi avaliado por uma acadêmica do 8º período iniciando a anamnese da seguinte maneira: histórico médico do paciente e sua medicação, sua experiência em consultas odontológicas anteriores, os anseios da família em relação ao atendimento, e a familiarização do paciente com o ambiente e os acadêmicos. A mãe relatou que o filho não faz uso contínuo de medicamentos, mas que, antes da consulta odontológica ele toma um antipsicótico Neuleptil 2(duas) gramas 10 gotas uma hora antes da consulta)

Em seguida foi realizado o exame clínico dos tecidos moles onde não foram encontrados nenhuma alteração. No exame clínico dente a dente foi observado tecido cariado nos dentes 16 e 46 e placa bacteriana.

No planejamento geral foi indicado evidenciação de placa bacteriana, remoção do tecido cariado e restauração com resina composta dos elementos 16 (Classe I simples oclusal) e 46 (Classe I simples oclusal) além de aplicação tópica de flúor. O paciente foi submetido ao tratamento sob anestesia local.

A primeira consulta do paciente foi realizada no período da manhã às 7:00 AM. O paciente foi posicionado na cadeira odontológica com auxílio da mãe, foi realizado o condicionamento com técnica de mostrar-falar-fazer e controle da voz, mas o paciente apresentou grande resistência a manipulação oral. Após avaliação do caso, estabelecemos as condutas a serem tomadas e ficou decidido realizar a contenção física após o consentimento, esclarecimento e autorização assinada pela mãe.

A contenção física foi realizada com uso do kit para contenção e fita crepe, pois o paciente possui movimentos involuntários dos membros inviabilizando o atendimento convencional. Com o paciente já imobilizado, foi necessário fazer uso de técnicas complementares de contenção do paciente como apoio da cabeça com as mãos e uso do corpo para conter os movimentos (figura 1A e B.)



**Figura 1:** apresentação clínica do paciente sobre contenção física. Figura 1A: a contenção foi realizada com uso do kit para contenção e fita crepe. Figura 1B: notar que foi necessário conter a cabeça e membros inferiores do paciente a fim de assegurar sua segurança e dos membros da equipe.

O paciente apresentou grande resistência na abertura da boca sendo utilizado abridor de boca para realizar anestesia mandibular. Durante o procedimento foi confeccionado um modelo de abridor de boca em que foram usadas espátulas de madeira envoltas por gazes, fita crepe e a própria toalha de rosto do paciente, tomando cuidado para não machucar os tecidos moles (figura 2 A,B,C,D,E). Na sequência foi realizado isolamento absoluto do dente 46 com lençol de borracha, arco de Young e grampo número 26.



**Figura 2:** Confeção do abridor de boca pelos alunos. Figura 2A: foram usadas espátulas de madeira, gazes estéreis, fita crepe. Figura 2B: as espátulas de madeira foram envoltas pelas gazes e fita crepe de acordo com o

tamanho da boca do paciente. Figura 2C e D: sobre as espátulas e as gazes foi utilizado a própria toalha de rosto do paciente cedida pela mãe, com certo cuidado para não machucar os tecidos moles. Figura E: foram usados fita crepe para prender a toalha, abridor de boca pronto com um apoio maior para segurar e manter a boca aberta.

Preparo da cavidade foi realizado com pontas diamantadas esféricas em alta rotação seguida de remoção do tecido cariado com brocas esféricas de aço de tamanho adequado à cavidade em baixa rotação e colheres para dentina. Em seguida foi aplicado clorexidina a 2% durante 1 minuto para fazer a descontaminação da cavidade seguida de secagem e iniciada a execução da restauração em resina composta. Inicialmente foi realizada a aplicação do sistema adesivo de 2 (dois) passos através da técnica modificada, com aplicação seletiva de ácido fosfórico a 37% durante 30 segundos em esmalte seguida de lavagem abundante, aplicação do primer ácido com aplicador descartável por 20 segundos volatizando até a evaporação completa. Fez-se aplicação de uma camada fina de adesivo com um aplicador descartável sobre todas as paredes do preparo, retirado o excesso com outro aplicador descartável seco e depois fotoativando por 20 segundos.

Para a realização da restauração utilizou-se a técnica incremental de 2 mm com a resina composta fotopolimerizável de cor B1, em cada incremento de 2 mm fotoativando por 40 segundos até atingir a anatomia desejada. Foram realizados acabamento e polimento com borrachas siliconizadas, brocas multilaminadas de 12 e 30 lâminas.

A segunda consulta do paciente foi realizada no período da manhã as 7:30 AM. O paciente foi posicionado na cadeira odontológica com auxílio da mãe. Em seguida executou-se o condicionamento do paciente com técnica de mostrar-falar-fazer e controle da voz. Foi realizado a contenção física com uso do kit para contenção e fita crepe para segurança do mesmo e demais membros da equipe.

A mãe havia relatado que o paciente sentia dor no dente 16 quando se alimentava. Após o exame clínico ficou confirmado a necessidade em restaurar o elemento dental. Com o auxílio do abridor de boca envolto com gaze estéril foi realizada a anestesia terminal infiltrativa supraperiosteal, papilar e palatina, isolamento absoluto utilizando o grampo de número 200, lençol de borracha e arco de Young. Realizou-se o preparo da cavidade com pontas diamantadas esféricas em alta rotação seguida de remoção tecido cariado com brocas esféricas de aço de tamanho adequado a cavidade em baixa rotação e colheres para dentina (Figura 3 A e B).

Durante o atendimento o paciente se mostrou ainda mais resistente ao tratamento dificultando a finalização da restauração com resina composta. Sugeriu-se então a colocação

do material selador provisório, IRM, remarcou-se o paciente pra uma próxima seção onde será realizada a restauração em resina composta.

Devido a dificuldade durante o atendimento o paciente foi encaminhado para o atendimento hospitalar .



**Figura 3:**Bancada montada com todos os instrumentais a serem utilizados. Figura 3 A e B:Seqüência de instrumentais utilizados para o atendimento, placa de vidro com o IRM para otimizar o tempo de atendimento.

## 5. DISCUSSÃO

Um dos maiores desafios dos cirurgiões dentistas é estabelecer uma rotina odontológica preventiva para o paciente portador de necessidade especial (PNE). Sabendo que muitos estão em alto risco para as doenças bucais, nossa atuação tanto preventiva quanto curativa ainda é falha. O atendimento odontológico precoce, ainda no primeiro ano de vida, vem sendo uma medida recomendada, com o intuito de instruir os responsáveis sobre hábitos bucais saudáveis e prevenir as principais doenças bucais (AAPD, 2015).

Porém, para o PNE isto é ainda mais difícil de suceder, já que o nascimento de uma criança com alguma condição especial causa um grande impacto às famílias e muitos PNE requerem cuidados terapêuticos que são priorizados naquele momento. Dessa forma, a atenção odontológica nos primeiros anos fica adiada ou negligenciada (SCHARDOSIM *et al*, 2015).

O indivíduo é considerado Portador de Necessidades Especiais (PNE) quando possui alteração intelectual, social, física ou emocional, fazendo com que a pessoa necessite de atendimento diferenciado de uma maneira individualizada, por um período ou por toda a sua vida (OLIVEIRA *et al*,2013). O paciente deste relato pode ser considerado PNE, pois possui limitações de atividades devido a alterações neuropsicomotoras, necessitando de atendimento diferenciado e individual por equipe multidisciplinar.

A orientação sobre a higiene bucal destes pacientes deve ser um dos primeiros pontos a serem abordados com os familiares ou cuidadores, demonstrando como deve ser realizada. A higiene bucal dos bebês de 0 a 6 meses deve ser realizada por meio de dedeiras, gazes ou fraldas umedecidas em água fervida ou filtrada. Já nas crianças que apresentam elementos dentais na cavidade oral, deve-se substituir a fralda por escova de cabeça pequena e cerdas macias. A higienização efetiva deve ser realizada pelo adulto responsável (DUQUE *et al.*,2013)

No caso clínico relatado a mãe do paciente foi orientada a realizar a limpeza da cavidade oral através da técnica de Fones que é a técnica mais utilizada na nossa clínica. Consiste em realizar movimentos circulares com a escova nas faces vestibulares/palatina/lingual de todos os dentes e nas faces oclusais e incisais realizando movimentos antero-posterior (vai e vem). Foi recomendado o uso de escovas macias de cerdas arredondadas e compatíveis com o tamanho da cavidade oral ou escovas elétricas. O dentífrício com 1100 p.p.m de flúor na quantidade de um grão de arroz, três vezes ao dia juntamente com o fio dental sempre que possível a fim de eliminar o biofilme dental e o surgimento de cáries.

A cárie é uma doença com característica multifatorial, envolvendo fatores etiológicos, determinantes e modificadores como tempo, dieta, hospedeiro e substrato (SELWITZ, 2007). Segundo DYE, 2007 na primeira infância o espaço familiar é de grande influência e a mãe desempenha um papel fundamental na saúde do filho. A higiene da cavidade bucal é um método eficaz no controle e na progressão da cárie, principalmente associado ao dentífrício fluoretado. A eficiência da escovação está relacionada as habilidades de quem a realiza (FEJERSKOV, 2011). A educação dos responsáveis é fundamental para garantir a realização da higiene bucal de forma efetiva (NOWAK, 2002). Por este motivo durante as consultas foram passadas todas as orientações e cuidados com a intenção de prevenir a doença carie e periodontal.

Os cirurgiões-dentistas devem estimular uma dieta não-cariogênica e orientar os responsáveis sobre o elevado potencial cariogênico da alimentação noturna após a erupção dentária e dos medicamentos orais pediátricos, ricos em sacarose que tem por finalidade mascarar o gosto amargo do remédio. (AAPD, 2014/2015). A mãe do paciente deste relato de caso afirma realizar a higiene bucal do filho sempre após as refeições inclusive antes de dormir.

Segundo (NIMMAKAYALY *et al*, 2011) os pacientes com microcefalia compõem um grupo de alto risco para o desenvolvimento de doenças bucais. O retardo no desenvolvimento devido à hipotonia muscular pode ocasionar atrasos secundários na aquisição de habilidades motoras que leva a maioria destes pacientes a não apresentar total capacidade de realizar seus cuidados bucais, tornando o paciente dependente de um cuidador para realização da higiene oral, que em alguns casos pode ser dificultada pela presença de microstomia (NIMMAKAYALY *et al*,2011)

A cabeça dos pacientes microcéfalos é desproporcionalmente menor que o restante do corpo, sendo relatado a presença de dismorfismo facial por (MICKELSON *et al*, 2011), (MORAVA *et al*, 2007), (MORAVA *et al*, 2008), (BALLIF *et al*, 2010) e (NIMMAKAYALY *et al*, 2011). Os dismorfismos faciais observados são: braquicefalia, hipoplasia da face média, face plana, lábio fino, testa estreita e plana, região malar plana, nariz amplo e curto, pescoço curto com pele enrugada, hipertelorismo, sobrancelhas altas, dobras epicânticas do lado direito, ponte nasal e terço médio achatado, plagiocefalia, crânio em forma de caixa, fontanela anterior aberta, testa proeminente.

Estes problemas podem levar o aparecimento de apinhamento dentário devido à diminuição das dimensões da maxila e ao desenvolvimento de macroglossia secundária, levando em conta o pequeno espaço encontrado para o posicionamento da língua. Indivíduos com essa condição tendem a se sentirem mais confortáveis com a boca aberta e a língua protruída, o que faz com que a língua tenha uma aparência aumentada (LOPES *et al* 2014). A macroglossia provoca deslocamento dos dentes, hábitos bucais deletérios e maloclusão (COHEN *et al* 1965). Esta condição juntamente com a hipotonicidade da língua, leva os lábios a serem frequentemente banhados por saliva, levando a queilite angular, irritação e fissuras nos cantos labiais, facilitando a instalação de processos infecciosos, ponta nasal bulbosa, orelhas pequenas e orelhas protuberantes.

Uma dificuldade durante o atendimento odontológico diante destes pacientes portadores de algum cuidado especial é o manejo do comportamento, onde a contenção física se torna um aliado quando as técnicas tradicionais de manejo não são eficazes (AAPD, 2003). As consultas do presente relato foram realizadas sob contenção física devido a suas limitações motoras, realizada normalmente conforme protocolo para qualquer criança que necessite do mesmo. A mãe se manteve por perto o tempo todo auxiliando na contenção e no condicionamento do paciente.

Outra dificuldade enfrentada por nós cirurgiões dentistas é na abertura de boca destes pacientes por possuem movimentos involuntários dificultando a realização dos procedimentos. O paciente deste relato de caso apresentava-se dócil, bem comunicativo e carinhoso com toda a equipe, mas quando precisava usar o abridor de boca para seguir com a sequência de procedimentos demonstrava muita resistência, o abridor de boca envolto com gazes estéril não estava sendo eficaz no tratamento, portanto foi confeccionado um outro modelo de abridor de boca. Foram usadas espátulas de madeira envoltas por gazes e fita crepe de acordo com o tamanho da boca do paciente com certo cuidado para não machucar os tecidos moles.

Sobre as espátulas e as gazes foi utilizado a própria toalha de rosto do paciente cedida pela mãe, com isto além de manter a boca aberta conseguiu-se a maior estabilidade por ter onde segurar já que o abridor de boca convencional tem que ser estabilizado segurando a gaze.

Diante destas dificuldades a escolha pelo atendimento hospitalar pode ser uma opção viável principalmente diante de um número maior de procedimentos que o paciente com microcefalia possui e a opção de executá-las em um só atendimento.

De acordo com (SCHARDOSIM *et al*,2015) predominantemente a não colaboração ao atendimento ambulatorial é o fator que mais contribui para busca da intervenção sob anestesia geral, o que minimiza expressivamente, riscos de acidentes ao paciente e profissional, bem como se assegura a execução da técnica correta dos diferentes procedimentos odontológicos necessários. Por vezes, frente à colaboração parcial, mas na presença de vasta quantidade de necessidades odontológicas, a possibilidade de execução de múltiplos procedimentos em um único momento permite a rápida resolução de agravos e a inclusão do paciente em um outro nível de cuidado, de cunho preventivo e de promoção de saúde pela redução ou eliminação de doença.

Após três tentativas em que não foi possível obter sucesso no condicionamento ambulatorial, seguimos o protocolo de encaminhar o paciente para atendimento hospitalar, onde o mesmo será submetido a anestesia geral e será realizado todos os procedimentos em uma única consulta.

## **6. CONCLUSÃO**

O surto nos nascimentos de bebês com microcefalia no Brasil, significa um aumento nas estatísticas de pessoas com deficiência no país, portanto devem receber atenção especial, e seus responsáveis devem ser instruídos em relação aos cuidados em saúde. É necessário que o cirurgião-dentista conheça as características destes pacientes e motive pais ou cuidadores

quanto a necessidade de um acompanhamento de rotina desde antes da primeira dentição, onde o condicionamento destes pacientes será de forma gradativa facilitando assim a execução dos procedimentos.

Não há protocolos de atenção odontológica e estudos aprofundados quanto as características dentárias dos pacientes acometidos com microcefalia, necessitando de mais estudos sobre o mesmo. Diante disso, o protocolo de atendimento se mantém igual ao de pacientes portadores de necessidades especiais, o condicionamento destes, o envolvimento da família, comunicação multidisciplinar e técnicas de manejo tornando o atendimento humanizado e facilitado.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PAEDIATRIC DENTISTRY. Policy on Model Dental Benefits for Infants, Children, Adolescents, and Individuals with Special Health Care Needs. **Pediatric Dentistry**. v.36, n.6. 2014/2015.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. CLINICAL GUIDELINE ON BEHAVIOR MANAGEMENT. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**. v.1, n.3, p.344-374. 2003.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. CLINICAL GUIDELINE ON FLUORIDE THERAPY. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. **Clinical practice guidelines**. v.37, n.6. 2014/2015.

BALLIF, B. C.; THEISEN, A.; ROSENFELD, J. A.; et al. Identification of a recurrent microdeletion at 17q23.1q23.2 flanked by segmental duplications associated with heart defects and limb abnormalities. **American journal of human genetics**. v.86, n.3, p.454-461. 2010.

COHEN, M. M.; WINER, R. A. Dental and Facial Characteristics in Down's Syndrome (Mongolism). **Journal of dental research**. v. 44, p.197-208. 1965.

DUQUE, C. et al. **Odontopediatria -Uma Visão Contemporânea**. 1.ed. Rio de Janeiro: Santos, 2013.

DYE, B.A.; TAN, S.; SMITH, V. Trends in oral health status: United States, 1988-1994 and 1999-2004. **Vital and health statistics**. v.11, n.248, p.1-92. 2007.

FEJERSKOV, O.; KIDD, E. **Cárie dentária: A doença e seu tratamento clínico**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2011.

LAWTON, L. Providing dental care for special patients: tips for the general dentist. **Journal of the American Dental Association**. v.133, n.12, p.1666-1670. 2002.

LEITE, C. N.; VARELLIS, M. L. Z. Microcefalia e a Odontologia Brasileira. **Journal Health NPEPS**. v.1, n.2, p.297-304. 2016.

LOPES, V. L. G. S.L.; MONTEIRO, F. P. M.; MENDES, E. L. et al. Guia de manejo clínico para pacientes com síndrome de deleção 22q11.2. **Projeto Crânio-face Brasil**. 2014.

MICKELSON, E. C.; ROBINSON, W. P.; HRYNCHAK, M. A. et al. Novel case of del(17)(q23.1q23.3) further highlights a recognizable phenotype involving deletions of chromosome (17)(q21q24). **American journal of medical genetics**. v.71, n.3, p.275-279. 1997.

MORAVA, E.; LEFEBER, D. J.; URBAN, Z. et al. Defining the phenotype in an autosomal recessive cutis laxa syndrome with a combined congenital defect of glycosylation. **European journal of human genetics**. v.16, n.1, p.28-35. 2008.

MORAVA, E.; ZEEVAERT, R.; KORSCH, E. et al. A common mutation in the COG7 gene with a consistent phenotype including microcephaly, adducted thumbs, growth retardation, VSD and episodes of hyperthermia. **European journal of human genetics**. v.15, n.6, p.638-645. 2007.

NIMMAKAYALU. M.; MAJOR, H.; SHEFFIELD, V. et al. Microdeletion of 17q22q23.2 encompassing TBX2 and TBX4 in a patient with congenital microcephaly, thyroid duct cyst, sensorineural hearing loss, and pulmonary hypertension. **American journal of medical genetics**. v.155, n 2, p.418-423. 2011.

NOWAK, A. J.; Patients with special health care needs in pediatric dental practices. **Pediatric dentistry**. v.24, n.3, p. 227-228. 2002.

OLIVEIRA, F. A. F.; CHAVES, F. N.; FERNANDES, C., et al. Evaluation of oral diseases in a population of special needs patients. **Revista gaúcha de odontologia**. v.61, n.1, p.77-83. 2013.

PEREIRA, L. M.; MARDERO, E.; FERREIRA, S. H., et al. Atenção odontológica em pacientes com deficiência: a experiência do curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS. **Stomatos**. v.16, n.31, p.92-99. 2010.

PEREIRA, S. M. S.; BORBA, A. S. M.; ROSA, J. F. L., et al. Zika Vírus e o Futuro da Odontologia no Atendimento a Pacientes com Microcefalia. **Revista de Investigação Biomédica**. v.9, p.58-66. 2017.

SAMPAIO, E. F.; CÉSAR, F. N.; MARTIND, A. G. M. Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no instituto de previdência do estado do Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v.17, n.3, p.127-134. 2004.

SCHARDOSIM, L. R.; COSTA, J. R. S.; AZEVEDO, M. S. Abordagem odontológica de pacientes com necessidades especiais em um centro de referência no sul do Brasil. **Revista da Academia Brasileira de Odontologia**. v.4, n.2. 2015.

SELWITZ, R. H.; ISMAIL, A. I.; PITTS, N. B. Dental caries. **The Lancet**. v.369, n.9555. p.51-59. 2007.

SILVA, L. C. P.; CRUZ, R. A. **Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais - Protocolos para Atendimento Clínico**. 5. ed. São Paulo: Santos, 2009.

