

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

MARIA AUXILIADORA SILVA PEREIRA

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES ESTOMATOLÓGICAS
DE PACIENTES PORTADORES DE
HIDROCEFALIA CONGÊNITA**

**ARACAJU – SE
2005**

MARIA AUXILIADORA SILVA PEREIRA

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES ESTOMATOLÓGICAS
DE PACIENTES PORTADORES DE
HIDROCEFALIA CONGÊNITA**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em
Medicina da Universidade Federal de Sergipe, para
obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde

ORIENTADOR: Prof. Dr. Carlos Umberto Pereira

**ARACAJU – SE
2005**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca do Campus da Saúde da UFS

P436s Pereira, Maria Auxiliadora Silva
Avaliação das condições estomatológicas de pacientes portadores de
hidrocefalia congênita / Maria Auxiliadora Silva Pereira.
Aracaju, 2005.

92f.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Umberto Pereira

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Núcleo de Pós-Graduação em Medicina.

1. Tratamento odontológico (Portadores de hidrocefalia congênita) 2. Tratamento dentário em crianças 3. Saúde bucal (Portadores de hidrocefalia congênita) 4. Avaliação estomatológica (Portadores de hidrocefalia congênita) 5. Estomatologia 6. Odontopediatria 7. Odontologia I. Título.

CDU 616.314-053.2:618.531-056.37

MARIA AUXILIADORA SILVA PEREIRA

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES ESTOMATOLÓGICAS DE PACIENTES
PORTADORES DE HIDROCEFALIA CONGÊNITA**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe como um dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Data da aprovação: 31/03/2005

Orientador: Prof. Dr. Carlos Umberto Pereira

1ª Examinadora: Profª. Drª. Sônia Maria Alves Novais

2ª Examinadora: Profª. Drª. Karina Santana Cruz

PARECER

DEDICATÓRIA

A Deus, minha fonte de luz, coragem e força de viver.

*Aos meus Pais, que através do exemplo de amor a Deus, eternamente me darão o estímulo
para seguir em frente.*

*A minhas filhas Ana Flávia e Ana Beatriz, que souberam compreender a minha ausência
necessária. É por vocês que eu vivo.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Umberto Pereira, pelo estímulo científico e por me introduzir na carreira universitária, indicando meus primeiros passos. Agradeço pela confiança em mim depositada.

Aos meus irmãos e irmãs, pelo companheirismo, estímulo e apoio irrestrito que foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Jamais poderia deixar de agradecer àquela que foi minha amiga de luta e garra, exemplo de profissional, participante ativa em todas as etapas do trabalho, sempre dividindo comigo as incertezas e as alegrias de cada etapa conquistada, Prof. Dra. Sônia Maria Alves Novais. Minha eterna gratidão.

Aos pacientes, que ao participarem desta pesquisa, contribuíram para o engrandecimento da ciência.

Ao Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel, que pelo seu empenho na implantação do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde, possibilitou a realização deste sonho.

Ao Coordenador do NPGME, Prof. Dr. José Augusto Soares Barreto Filho, a todos os doutores que ministraram as disciplinas e tão grandemente souberam dividir seu conhecimento e às secretárias do NPGME, Martha e Bruna, pelo seu apoio e atenção.

A todos os meus amigos e amigas, em particular Elizete Ferreira e Adriana Abud e Débora Paixão pelo apoio irrestrito, carinho e entusiasmo que sempre me dedicaram na execução deste trabalho, manifesto toda a minha gratidão.

Aos meus colegas do curso de mestrado, em particular, Paula Frassinetti e Norma Lúcia Santos.

A Prefeitura Municipal de Socorro, na pessoa do Sr. José do Prado F. Sobrinho, da Dra Silvana Novaes e do Dr. Job Carvalho, pela compreensão em permitir a realização deste trabalho.

A Universidade Tiradentes, responsável pelo estímulo em seguir a carreira universitária.

A todos que, direta ou indiretamente, ajudaram na elaboração desta dissertação.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 Hidrocefalia	16
2.1.1 Definição	16
2.1.2 Classificação e Etiologia	17
2.1.3 Epidemiologia	18
2.1.4 Diagnóstico e Tratamento	19
2.2 Saúde Bucal	21
2.2.1 Pacientes Sem Necessidades Especiais	21
2.2.2 Pacientes Com Necessidades Especiais	33
3 OBJETIVOS	48
3.1 Objetivo Geral	48
3.2 Objetivos Específicos	48
4 CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	49
4.1 Casuística.....	49
4.1.1 Tipo de Estudo	49
4.1.2 População e Amostra	49
4.2 Critérios de Inclusão	50
4.2.1 Grupo Controle	50
4.2.2 Grupo de Estudo	51
4.3 Critérios de Exclusão.....	51
4.3.1 Grupo Controle	51
4.3.2 Grupo de Estudo	52
4.4 Métodos	52
4.4.1 Índice de Sangramento Gengival	52
4.4.2 Índice de Higiene Oral Simplificado.....	53
4.4.3 Índice ceo-d	54
4.4.4 Verificação de Anomalias Dentárias.....	54
4.4.5 Verificação de Alterações de Língua, Lábios, Freios Lingual e Labial e Palato	55
4.5 Metodologia	55
4.6 Análise Estatística.....	57
5 RESULTADOS.....	58
5.1 Índice de Sangramento Gengival.....	58
5.2 Índice de Higiene Oral Simplificado.....	60
5.3 Índice ceo-d	61
5.4 Cronologia de Erupção.....	63
5.5 Alterações de Língua, Lábios, Freios Lingual e Labial e Palato.....	64
6 DISCUSSÃO	66

7 CONCLUSÕES.....	71
8 REFERÊNCIAS	72
APÊNDICES.....	80
ANEXOS.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC) por faixa etária e gênero.....	58
Tabela 2	Distribuição da presença de gengivite nas crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC).....	59
Tabela 3	Distribuição percentual das crianças Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC) em relação ao Índice de Sangramento Gengival (ISG).....	59
Tabela 4	Distribuição percentual das crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC) em relação ao Índice de Sangramento Gengival (ISG) de acordo com o gênero.....	60
Tabela 5	Distribuição percentual das crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC) em relação ao Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).....	60
Tabela 6	Distribuição percentual das crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC) em relação ao Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) em função do gênero.....	61
Tabela 7	Distribuição percentual dos componentes e do total do índice ceo-d das crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC).....	62
Tabela 8	Distribuição das crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC) quanto ao número de dentes examinados, hígidos e os componentes ceo-d de acordo com o gênero.....	62
Tabela 9	Distribuição do número, média e desvio padrão dos dentes examinados das crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC) de acordo com a faixa etária.....	63
Tabela 10	Distribuição do número, média e desvio padrão dos dentes examinados das crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC) de acordo com o gênero.....	64

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Vista clínica evidenciando as características craniofaciais do portador de hidrocefalia congênita.....	50
Figura 2	Exame clínico odontológico da criança portadora de hidrocefalia congênita.....	57
Figura 3	Presença de sangramento gengival na unidade 73 e visão parcial de língua saburrosa em paciente portador de hidrocefalia congênita.....	59
Figura 4	Vista frontal demonstrando atraso da erupção dentária no portador de hidrocefalia congênita.....	63
Figura 5	Vista intrabucal da arcada superior, demonstrando atresia de palato.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS

LCR = Líquido Cefalorraquidiano

DVP = Derivação Ventrículo-peritoneal

DVA = Derivação Ventrículo-atrial

IHO-S = Índice de Higiene Oral Simplificado.

ISG = Índice de Sangramento Gengival

Ceo-d = dentes cariados (c), extração indicada (e) e obturados (o).

GPHC = Grupo de Pacientes Portadores de Hidrocefalia Congênita

GC = Grupo controle

CPO-D = Dentes cariados (c), perdidos (p) e obturados (o).

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi avaliar as condições estomatológicas de pacientes portadores de hidrocefalia congênita. Foram examinadas 30 crianças portadoras de hidrocefalia congênita (GPHC) entre 2 e 6,5 anos de idade, de ambos os gêneros, atendidos no Hospital Governador João Alves Filho e no Hospital Universitário no Município de Aracaju/SE e 34 crianças saudáveis (GC) pareadas em gênero e idade. Foram analisadas ao exame clínico as variáveis relativas ao índice de sangramento gengival, índice de higiene bucal, índice ceo-d, presença de anomalias dentárias, cronologia da erupção, alterações de tecidos moles e de palato. Os dados coletados foram submetidos a análise estatística utilizando-se teste “t” de Student, Qui-Quadrado e de Fischer e $p < 0,05$. Os resultados obtidos demonstraram que nos GPHC, predominou a gengivite moderada, enquanto a maioria das crianças saudáveis apresentou ausência de gengivite ($p < 0,05$), com diferença estatística significativa; a higiene bucal foi regular nos portadores de hidrocefalia congênita e boa nas crianças saudáveis, sendo também constatada diferença estatisticamente significativa. No que se refere ao índice ceo-d não foi observada diferença estatisticamente significativa, sendo o ceo-d total de 1,53 e 1,44 para os portadores de hidrocefalia congênita e crianças saudáveis, respectivamente. No entanto, ressalta-se que não foi observado nenhum dente obturado nos portadores de hidrocefalia congênita sendo comprovada diferença estatisticamente significativa. Não foram detectadas anomalias dentárias, mas a presença de língua saburrosa, língua fissurada, freio labial teto-persistente e atraso de erupção dentária foram verificados apenas nas crianças portadoras de hidrocefalia congênita. O palato atrésico foi mais prevalente nestes pacientes em comparação com as crianças saudáveis. Assim sendo, conclui-se que os portadores de hidrocefalia congênita apresentam condições de saúde bucal menos

satisfatórias que as crianças saudáveis, sugerindo que os mesmos compõem um grupo de pacientes portadores de necessidades especiais, sendo fundamental uma maior atenção à sua saúde bucal, com a participação do cirurgião-dentista na equipe envolvida no atendimento destes pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: crianças; hidrocefalia congênita; cárie dentária; gengivite.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the stomatologic conditions of patients with congenity hydrocephaly. Thirty children with congenity hydrocephaly were examined with ages between 2 and 6.5 years, from both genders, admitted at Governador João Alves Filho General Hospital and in the University Hospital in the city of Aracaju-SE and 34 children from both genders were also included. It was analyzed with a clinical examination the variables related to the gingival bleeding index, oral hygiene index, the ceo-d index, for the presence of dental anomalies, eruption timing, soft tissue alterations and palatus. The data collected were analyzed with the t test qui square and Fisher and $p < 0.05$. The results obtained showed that in the Group of Patients with Congenity Hydrocephaly (GPCH), there was a predominance of moderate gingivitis, while the majority of healthy children, there wasn't any gingivitis ($p < 0.05$), with statistic difference, the oral hygiene was regular with the GPCH and good with the healthy children, also seen statistical differences. In case of the ceo-d index, it was not observed any significant statistical differences, being the ceo-d total of 1.53 and 1.44 for the GPCH and for the healthy children, respectively. However, it was informed that they didn't see any fillings on any teeth of the GPCH proving a significant statistical difference, but the presence of squamous tongue, fissured tongue, labial frenulum and late eruption were verified only on children with congenity hydrocephaly. The atresic palatus was most prevalent in these patients comparing to the healthy children. Therefore, the children with congenity hydrocephaly present worst oral health conditions than the healthy children, suggesting they belong to a group of patients with special needs, by that, being fundamental a greater attention to the oral health, with the participation of the dentist in the team involved on the care of these patients.

KEY WORDS: childrens; congenity hydrocephaly; caries dental; gingivitis.

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia, ao longo de sua trajetória, sempre foi considerada um privilégio das classes sociais economicamente mais favorecidas. As necessidades globais da maioria da população não são consideradas e a atenção à saúde bucal uma benesse de poucos.

A saúde bucal é de extrema importância para a saúde geral e bem estar de um indivíduo. Ela é caracterizada por um equilíbrio do meio bucal com um concomitante estado razoável de saúde geral. Dessa maneira, é essencial a educação para a saúde bucal e a implantação de programas de atenção odontológica que sejam incluídos procedimentos restauradores educativos e preventivos visando sua manutenção (BIJELLA; BIJELLA; FIGUEIREDO, 1993), de modo que a grande preocupação para os profissionais da Odontologia deve ser a melhora do acesso à saúde bucal e ao tratamento odontológico para aquelas pessoas destituídas desses serviços, como por exemplo, as crianças portadoras de necessidades especiais.

Segundo Mugayar (2000), o portador de necessidades especiais é definido como todo o indivíduo que apresenta determinados desvios dos padrões de normalidade, identificáveis ou não, e que, por isto, necessitam de atenção e abordagem especiais por um período de sua vida ou indefinidamente.

Estima-se que um quinto da população brasileira nunca consultou um cirurgião-dentista, sendo esta prevalência maior em indivíduos menores de 4 anos. Este fato é particularmente importante em se tratando de crianças portadoras de necessidades especiais, haja vista necessitarem de múltiplos cuidados em função de sua condição sistêmica (POMARICO et al., 2003).

A situação dos pacientes portadores de necessidades especiais no Brasil é praticamente desconhecida. Eles representam cerca de 10% da população total que correspondem a

aproximadamente 15 milhões de deficientes sem assistência adequada (ZARZAR; ROSENBLATT, 1999). Apenas 2% desses indivíduos têm acesso aos serviços de saúde. Da mesma forma, a assistência odontológica, quando existe, caracteriza-se hegemonicamente por procedimentos cirúrgicos e restauradores realizados sob anestesia geral (ABREU; PAIXÃO; REZENDE, 1999).

Geralmente, os responsáveis por estas crianças apresentam ansiedade em relação a sua condição sistêmica, podendo acarretar em atraso no tratamento odontológico, até ocorrer uma significativa progressão da doença bucal. Além disso, nem todos os cirurgiões-dentistas atendem estes pacientes, pois se sentem desconfortáveis. Portanto, a cárie dental, a gengivite e as lesões na mucosa bucal, apesar de estarem presentes em indivíduos sem comprometimento sistêmico, podem ser mais freqüentes nos portadores de necessidades especiais (WEDDELL; SANDERS; JONES, 2001).

Em vista disso, pode-se dizer que o paciente portador de necessidades especiais diante do meio ambiente necessita de cuidados apropriados para que possa se sentir adaptado. Porém, tais cuidados muitas vezes não são oferecidos de maneira satisfatória, tanto pelas autoridades governamentais como pelos profissionais de saúde e educadores.

Dentre as diversas patologias que caracterizam o indivíduo como paciente especial, os portadores de hidrocefalia são considerados pacientes odontológicos especiais por necessitarem de um atendimento diferenciado e direcionado às suas necessidades. A hidrocefalia é definida como o acúmulo de líquido cefalorraquidiano (LCR) dentro do sistema ventricular. Suas causas são diversas, sendo mais comum a hidrocefalia congênita obstrutiva (VAL FILHO; FREIRE, 2002).

A criança portadora de hidrocefalia pode apresentar epilepsia, encefalocele, mielomeningocele lombar, más-formações congênitas, cardíacas e pé torto congênito, sendo rara sua associação com patologias da cavidade bucal. A literatura médica e odontológica tem

sido escassa em relatos sobre a saúde bucal e a hidrocefalia, apenas casos isolados foram publicados (DAHLLÖF et al., 1987; LOPES; NASCIMENTO, 1996; MacDERMOT; BUCKLEY; VAN SOMEREN, 1995).

É comum a demora no encaminhamento desses pacientes para o tratamento odontológico, em parte por negligência dos familiares que questionam a validade de se dispensar cuidado odontológico, seja pela dificuldade do atendimento ou pela falta de orientação por parte de outros profissionais envolvidos no acompanhamento deste paciente em encaminhá-lo aos odontólogos. Estes fatores são agravados pela presença de problemas sócio-econômicos, baixo nível cultural e ausência de vínculo afetivo. Os pais evitam, sempre que possível, o contato do filho com o mundo externo, em virtude das relações preconceituosas dos outros, em lugares públicos, incluindo consultórios odontológicos (VAN GRUNSVEN; CARDOSO, 1995; BEZERRA; TOLEDO, 1996; SCHMIDT, 2001).

É necessário ter consciência de que o trabalho de (re) integrar as pessoas portadoras de necessidades especiais é uma responsabilidade social de toda população, não podendo os profissionais de saúde se omitir, pois é imprescindível a contribuição deles para que essa população conquiste seu espaço dentro da sociedade e participe ativamente de sua construção.

O objetivo deste trabalho, portanto, foi avaliar as condições estomatológicas de pacientes portadores de hidrocefalia congênita assistidos no Serviço de Neurocirurgia do Hospital Governador João Alves Filho e no Ambulatório de Neurocirurgia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, visando contribuir para o estudo desta patologia em virtude da escassez de dados na literatura referentes ao aparelho estomatognático, como também alertar os profissionais da saúde sobre a importância da saúde bucal, não só do ponto de vista odontológico, como do desenvolvimento global desses pacientes, buscando melhorar a sua qualidade de vida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Hidrocefalia

2.1.1 Definição

A palavra hidrocefalia é de origem grega, e significa “água no cérebro” mencionado por Hipócrates (460-377 A.C.) em seus escritos, mas sua fisiopatologia e seu tratamento só receberam impulsos após os trabalhos de Dandy e Blackfan, em 1914, e de Russel, em 1948 (LIMA; COUTO; SÁ FILHO, 1984).

Segundo Ransohoff, Shulman e Fishman (1960), a hidrocefalia na infância e na adolescência é um estado patológico caracterizado pelo acúmulo do líquido cefalorraquidiano (LCR) com aumento da pressão intracraniana, devido a uma obstrução na passagem desse líquido. Quando esta condição ocorre antes da fusão das suturas cranianas, causa um crescimento do crânio e uma dilatação do sistema ventricular resultando na condição clínica usualmente conhecida com o termo “*hydrocephalus*”.

Classicamente, é definida como uma desordem que ocorre devido ao acúmulo do LCR dentro dos ventrículos cerebrais, com conseqüente dilatação, e que resulta do desequilíbrio entre a produção e a absorção do LCR, podendo causar um aumento da pressão intracraniana e, conseqüentemente, o alargamento dos espaços liquóricos ventriculares e/ou subaracnóides. O volume liquórico intracraniano varia de 50ml no neonato a 150ml no adulto normal. A taxa de produção do LCR é de 0,3-0,4 ml/minuto, resultando num volume de aproximadamente 480 a 500ml de secreção diária. Estima-se que 70% a 90% desse volume seja proveniente do plexo coróide de localização intra-ventricular, sendo a maior parte produzido nos ventrículos laterais (AZEVEDO FILHO; AZEVEDO, 1997; LIMA; COUTO; SÁ FILHO, 1984; VAL FILHO; FREIRE, 2002).

2.1.2 Classificação e etiologia

A classificação da hidrocefalia foi descrita por Robert Whytt, em 1769, que fazia distinção entre hidrocefalia interna e externa. A mais utilizada atualmente foi descrita por Dandy, em 1914, que subdividiu a hidrocefalia interna em comunicante e não-comunicante (AZEVEDO FILHO; AZEVEDO, 1997).

As classificações para a hidrocefalia são baseadas na etiologia, na época de aparecimento, nas lesões anatomopatológicas ou em outros fatores, sendo clássica a divisão em comunicante e não-comunicante. Na hidrocefalia comunicante não há bloqueio no sistema ventricular, enquanto na não-comunicante existe a presença de bloqueio. O inconveniente desta classificação está no fato de que nos casos não bloqueados existe, quase sempre, bloqueio, só que esse se encontra fora do sistema ventricular. Anatomopatologicamente, os possíveis mecanismos responsáveis pela obstrução do trânsito do LCR são: (1) obstruções neoplásicas, (2) congênita e (3) lesões traumáticas e inflamatórias (LIMA; COUTO; SÁ FILHO, 1984).

Para Wiswell, Tuttle, Norteam (1990), a etiologia da hidrocefalia pode estar ligada a fatores de origem genética ou ambiental, ou ainda tratar-se de uma herança multifatorial. A herança autossômica recessiva tem sido proposta em vários casos de recorrência familiar. A herança recessiva ligada ao cromossomo é associada à estenose do aqueduto de Sylvius e ocorre em cerca de 2% das hidrocefalias congênitas.

Segundo Mauad Filho et al. (1999), as hidrocefalias pré-natais constituem um grupo heterogêneo e suas classificações são de acordo com o seu mecanismo fisiopatológico, o qual se manifesta por expressão morfológica. Referindo-se à classificação etiológica da hidrocefalia congênita, têm-se: as Genéticas ou Primárias que podem ser isoladas, compreendendo a hidrocefalia ligada ao X-estenose de aqueduto de Sylvius e hidrocefalia

autossômica recessiva (ex: malformação Dandy-Walker isolada não-sindrômica); as Não-Genéticas ou Secundárias que podem ser pós-inflamatórias (ex: infecções congênitas), pós-hemorrágicas (ex: prematuridade) e tumores do Sistema Nervoso Central e dentre as hidrocefalias associadas têm-se a má-formação Arnold-Chiari e a má-formação de Dandy-Walker em síndromes e outras síndromes com hidrocefalia de etiologia genética, por exemplo, a Síndrome de Meckel.

Segundo Val Filho e Freire (2002) e Cavalcanti e Salomão (2003), além dessa classificação anatômica, a hidrocefalia pode ser dividida em congênita e adquirida. É dita congênita quando diagnosticada ao nascimento ou logo após, ou como vem acontecendo mais recentemente, durante o pré-natal a partir do segundo trimestre de gestação, por meio de avaliações do tamanho ventricular, do tamanho do átrio e da sua relação com o plexo coróide.

2.1.3 Epidemiologia

Segundo Matushita e Almeida (1996), a hidrocefalia congênita ocorre em 0,5 a 1,8/1000 recém-nascidos e pode resultar de causas genéticas e não genéticas. Dentre as principais causas de hidrocefalia congênita têm-se a infecção intra-uterina, hemorragia perinatal anóxica ou traumática e a meningoencefalite neonatal bacteriana ou viral. Também é resultante da estenose do aqueduto de Sylvius, da síndrome de Dandy-Walker e da malformação de Arnold-Chiari.

Filho, F. et al. (1999) estimaram a incidência da hidrocefalia em 0,12 a 2,5/1000 nascidos vivos; em 3,3% dos casos existe antecedente familiar. A hidrocefalia conseqüente à estenose do aqueduto de Sylvius é a causa mais freqüente de hidrocefalia congênita com 43% dos casos. A hidrocefalia comunicante é a segunda maior causa com 38% dos casos. O risco

de conceber uma criança com hidrocefalia não parece estar ligado à idade ou paridade materna.

Segundo Val Filho e Freire (2002), a incidência de hidrocefalia na população pediátrica é desconhecida em nosso meio. A taxa de incidência varia de 0,4 a 0,8/1000 nascidos vivos para as formas congênicas ou de início precoce nos países desenvolvidos.

Não existem dados confiáveis sobre a verdadeira incidência da hidrocefalia no Brasil e no mundo. No entanto, estima-se que sejam realizadas 50.000 cirurgias anualmente nos Estados Unidos (BONDURANT; JIMENEZ, 1995; PATTISAPU, 2001), com uma prevalência de 1 a 1,5/1000 nascimentos vivos para formas isoladas de hidrocefalia, e de 0,9 a 1,8/1000 nascimentos vivos para forma congênita de hidrocefalia, sendo assim um problema social e médico (PAES, 2000; HEINSBERGEN et al., 2002).

Cavalcanti e Salomão (2003) analisaram a incidência de hidrocefalia na maternidade da Universidade de Campinas, na qual foram registrados 111 recém-nascidos portadores de hidrocefalia (3,16/1000 nascimentos) e observaram uma tendência significativa no aumento destes, que se acentuou após 1992 devido ao diagnóstico ultra-sonográfico pré-natal (85%) e conseqüente encaminhamento para este centro de referência.

2.1.4 Diagnóstico e tratamento

Segundo Lima, Couto e Sá Filho (1984), a hidrocefalia congênita não costuma ser percebida nos primeiros dias de vida, apesar de já haver aumento do sistema ventricular, uma vez que a pressão intra-uterina impede, até certo ponto, o aumento do crânio antes do nascimento. O prognóstico é quase sempre muito grave quando o crânio é excessivamente volumoso na época do parto. Nos casos avançados há uma desproporção craniofacial, com predomínio do primeiro diâmetro sobre o segundo, protrusão da região frontal, o olhar de “sol

poente”, certo grau de exoftalmia, couro cabeludo adelgado, com drenagem venosa bastante rica, que dão uma visão panorâmica dessa patologia. O melhor método de diagnóstico é a tomografia computadorizada. Para a instituição do tratamento, o paciente deve ser analisado como um todo. Uma vez indicado, o tratamento é cirúrgico e a grande maioria dos pacientes é submetida à derivação ventrículo atrial ou ventrículo peritoneal.

O diagnóstico etiológico da hidrocefalia, na maioria das vezes, pode ser facilmente realizado pela ultra-sonografia (US) em crianças menores de 2 anos (80% dos casos). Acima desta idade, a tomografia computadorizada é o exame de escolha, e o tratamento cirúrgico da hidrocefalia é um dos maiores desafios no campo da neurocirurgia infantil. O tratamento clínico (acetazolamida, furosemide e isosorbide) dirigido à diminuição da produção de líquido não tem sido muito eficiente, principalmente nos casos de hidrocefalia congênita causada por estenose do aqueduto de Sylvius. A instalação de derivações líquóricas por interposição de válvulas unidirecionais para o tratamento da hidrocefalia é o procedimento neurocirúrgico mais empregado e consiste na drenagem do LCR do ventrículo lateral a um compartimento extracraniano como a cavidade peritoneal ou átrio direito (MACHADO et al., 1990).

Segundo Mauad Filho et al. (1999), a interpretação do significado das imagens ecográficas para o diagnóstico da hidrocefalia é difícil, pois esta doença raramente ocorre de forma isolada e em geral está acompanhada de outras má-formações, sendo diagnosticada de 90 a 95% dos casos pela ultra-sonografia de rotina. A ultra-sonografia (US) permite o rastreamento das ventriculomegalias, sem objetivar se as alterações ecográficas refletem a pressão do LCR.

2.2 SAÚDE BUCAL

2.2.1 Pacientes sem necessidades especiais

Parreira et al. (1984;1985) propuseram-se a desenvolver uma análise comparativa dos diferentes percentuais do índice ceo-d e demais componentes em 459 crianças carentes e não carentes da cidade de Três Corações, Minas Gerais, com dentaduras decídua e mista. Concluíram que as crianças carentes apresentaram um índice ceo-d maior do que as não carentes, independente do tipo de dentição, com significância estatística, levando-se em consideração o total de dentes decíduos presentes. Os dentes decíduos na dentadura mista apresentaram um índice ceo-d maior do que na dentição decídua, independente da condição sócio-econômica e sexo, levando-se em consideração o total de dentes presentes. Quanto ao total de dentes afetados pela cárie, as crianças carentes mostraram um percentual maior de dentes cariados e com extração indicada em relação aos restaurados.

Tomita et al. (1996) avaliaram a prevalência de cárie dental na dentição decídua bem como a influência de algumas variáveis sociais (renda familiar e acesso à assistência odontológica) sobre a mesma, em dois grupos de crianças de procedência diferentes (Bauru e São Paulo), na faixa etária de 0 a 6 anos. Observaram que o percentual de crianças livres de cárie num grupo de Bauru e São Paulo por faixa etária foi de 88,5% e 85,20% de 0 a 2 anos; 26% e 59,2% de 03 a 04 anos; 9,3% e 23,3% de 05 a 06 anos, respectivamente. Já o índice de ceo foi 1,18 e 0,43 entre 0 a 2 anos; 5,49 e 2,02 entre 03 a 04 anos e 8,83 e 4,77 entre 05 a 06 anos. Concluíram que o índice de ceo-d verificado nos diferentes grupos etários indica uma prevalência mais elevada de cárie entre as crianças de Bauru com diferença estatisticamente significativa nas faixas etárias de 03 a 04 anos e 05 a 06 anos e a avaliação simultânea das

variáveis sociais sugere que estas têm influência estatisticamente significativa sobre a prevalência de cárie na amostra estudada.

Mendes et al. (1996) realizaram estudo com o objetivo de determinar o perfil dos problemas de saúde bucal mais prevalentes em 431 escolares de 06 a 20 anos de idade, avaliando o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) e dentes cariados, extração indicada e obturados (ceo-d), o índice comunitário de necessidades de tratamento periodontal (CNITP), um índice de fluorose obedecendo às normas da Organização Mundial da Saúde. Obtiveram CPO-D e ceo-d médio para o gênero masculino de 3,62 e 1,41 para o gênero feminino, 3,51 e 1,1 respectivamente, encontrando uma prevalência moderada de CPO-D e baixa de ceo-d. A necessidade de tratamento periodontal foi de 25,41% para o gênero feminino e 2,3% do gênero masculino com dentes hígidos; 1,64% do gênero feminino e 1,41% do gênero masculino com dentes com sangramento e não foi observado nenhum caso de fluorose.

Arias, Brandão e Nogueira (1997) realizaram uma pesquisa para avaliar a saúde oral de 347 crianças de 0 a 36 meses em creches públicas do município de Belém quanto à prevalência de cárie de acordo com o gênero e grupo etário, caracterizando esta amostra em tipos de cárie simples, mamadeira e negligenciado, e avaliando o nível de saúde bucal por meio da presença de dentes manchados ou cavitados. Quanto ao tipo de cárie, obtiveram um maior número de cáries simples, em 2º lugar os negligenciados e 3º lugar o tipo de mamadeira. O percentual de dentes acometidos pela doença cárie no grupo etário de 0 a 1 ano foi (0,25%); 1 a 2 anos (11,28%) e 2 a 3 anos (13,83%), perfazendo um total de 25,36%. Observaram um aumento do percentual de dentes acometidos pela doença cárie à medida que a idade avançava, sugerindo uma proposta educativa preventiva para ser implantada na população estudada.

Freire et al. (1999) estudaram a prevalência de cárie e necessidades de tratamento em 1.419 escolares na faixa etária de 06 a 12 anos, de ambos os gêneros e observaram que a porcentagem de escolares livres de cáries foi muito baixa em todas as idades, sendo de 4,4% aos 12 anos. O índice CPO-D variou de 0,41 aos 06 anos a 5,19 aos 12 anos. O índice de ceo-d nesta faixa etária variou de 4,93 a 0,29. Analisando-se a composição do CPO-D e ceo-d, verificou-se que as necessidades de tratamento superaram os tratamentos realizados, tanto na dentição decídua como permanente. Na decídua, os componentes cariados e com extração indicada representaram maior parte (80,5%) do índice, sugerindo a quase inexistência de atenção à saúde bucal na idade pré-escolar.

Leite et al. (1999) propuseram-se a determinar o consumo de açúcar e sua relação com a experiência de cárie em 51 crianças em idade pré-escolar utilizando o diário alimentar para registro da dieta e o índice de ceo-d para a presença de dentes decíduos cariados, com extração indicada e obturados. Observaram que o índice de ceo-d médio das 51 crianças foi de 2,75, o percentual das crianças livres de cárie foi de 29,4% e com a doença foi de 70,6% e que o consumo médio do açúcar foi cerca de 130g/dia. Após os resultados, concluíram que existe uma correlação positiva fraca, porém significativa, entre o índice ceo-d e as variáveis consumo de açúcar e idade com uma tendência a uma elevação significativa do índice ceo-d à medida que aumentava o consumo do açúcar.

Segundo Souza, V. et al. (1999), a cárie dentária é o principal problema de saúde bucal que acomete a população brasileira. Assim, realizaram um levantamento epidemiológico visando a condição de saúde bucal dos alunos de uma escola pública em Salvador com a finalidade de reduzir a doença cárie. Para os exames foram utilizados os índices CPO-S e ceo-d e o índice Méd-Med seguindo os critérios da OMS (1986), buscando encontrar a média, a composição percentual do CPO-S e ceo-d e a condição gengival. Na faixa etária de 06 a 09 anos, a média de CPO-S foi de 6,9 e de ceo-d 5,39; a composição percentual do CPO-S foi

83% e do ceo-d 74%; a condição gengival foi considerada boa. Na faixa etária de 10 a 14 anos, observou-se uma média de CPO-S de 5,05; de ceo-d de 2,45; composição percentual de CPO-S 73% e do ceo-d 63%, a condição gengival também foi considerada boa. Os altos índices encontrados demonstraram que esta comunidade possui alta prevalência e ausência de controle da doença cárie, evidenciando a necessidade de se desenvolver um programa de saúde e prevenção dentro de uma perspectiva integral de saúde bucal.

Leite e Ribeiro (2000) avaliaram a prevalência de cárie dentária em dentição decídua e as variáveis (número de escovação, localização geográfica da escola, visitas ao dentista) associadas, em 338 crianças com idade de 02 a 06 anos, de baixo nível sócio-econômico assistidas em creches públicas em Juiz de Fora. A cárie dentária foi registrada usando-se o índice ceo-d (dentes cariados, perdidos e obturados) e as variáveis por meio de questionário. Dentre as crianças examinadas, em média 50,6% estavam livres de cárie, variando de 76,2% na idade de 02 anos a 40% na idade de 06 anos, a média de ceo-d foi de 2,03, variando de 0,7 para a idade de 02 anos considerada baixa e 2,9 na idade de 06 anos considerada alta, sendo maior nas creches periféricas, havendo diferença entre o gênero, número de escovação e visitas prévias ao dentista. O estudo mostrou a necessidade de programa de saúde bucal para essa população, incluindo tanto medidas curativas quanto preventivas, com o objetivo de alcançar as metas da Organização Mundial de Saúde para o ano 2000 (50% de crianças livres de cárie na faixa etária de 05 a 06 anos).

Silva Filho et al. (2001) avaliaram a prevalência de cárie dental e a habilidade de escovação em 881 pré-escolares e escolares, na faixa etária de 5, 12 e 14 anos. Em relação à condição dentária, o valor médio encontrado para prevalência de cárie na dentição decídua foi de 3,6 onde 35,1% das crianças possuíam ceo-d igual a zero. Enquanto a maioria já apresentava sintomas da doença, 80% do ceo-d foi composto por necessidade de tratamento acumulado (sem tratamento), sugerindo que escolares com dentição decídua têm menos

acesso à assistência odontológica. Em relação aos escolares de 12 e 14 anos de idade, os valores médios para o índice CPO-D foram respectivamente, 1,7 e 2,5, verificando-se que 32% e 48% dos componentes de CPO-D são também necessidades acumuladas nas idades de 12 e 14 anos, respectivamente. Em relação à performance de escovação avaliada, 93% das crianças de 05 e 12 anos de idade é insatisfatória. Somente a maioria das crianças de 14 anos de idade foi satisfatória, reafirmando a necessidade de envolvimento familiar e de educadores nas estratégias de promoção à saúde.

Taani (2002) realizou um estudo para avaliar a relação entre higiene oral, condição gengival, cárie dentária e condições sócio-econômicas em 674 crianças com idades variando entre 12 a 15 anos, que freqüentavam escolas públicas e particulares. Observaram que houve uma alta prevalência de cálculo (58,5%) e sangramento (69,1%) durante a escovação e um alto número de dentes ausentes, perdidos ou obturados (CPO-D = 3,3) nas crianças das escolas públicas quando comparada às de escola particular, que foi de 31,7% para cálculo, de 51,3% para sangramento e 2,9 para o CPO-D. Concluiu que, embora a higiene oral, a condição gengival e o índice de cárie tenham sido piores nas escolas públicas, a diferença não foi estatisticamente significativa. Assim sendo, ressaltou que a educação em saúde seja realizada para ambos os grupos sócio-econômicos.

Serratine et al. (2003) observaram a prevalência de cárie dental em crianças de 19 a 31 meses de idade, matriculadas em 10 creches públicas (236 crianças) e quatro particulares (91 crianças). A prevalência de cárie encontrada nas crianças que freqüentavam creches públicas foi de 16,4% e 14,8% nas particulares, sendo que a doença ocorreu em maior proporção nas crianças maiores de 26 meses e manifestou-se de forma irregular. Em relação ao índice ceo-d, encontraram os valores 0 e 0,19 para crianças menores de 23 meses de idade, 0 e 0,31 para crianças entre 23 e 26 meses e 0,25 e 0,50 para maiores de 26 meses nas creches particulares e

públicas, respectivamente. Concluíram que não houve relação entre a prevalência de cárie dental e as diferentes condições de vida da população estudada.

Feitosa e Colares (2004) avaliaram a prevalência de cárie dentária em 161 crianças de ambos os gêneros na idade de 4 anos, enfatizando a necessidade de tratamento para essa faixa etária. Para determinação da prevalência de cárie dentária foi adotado o índice ceo-d. Após análise dos dados, verificou-se uma alta prevalência da doença cárie (47%) e o ceo-d médio encontrado foi de 2,06 e apenas 13,6% das crianças que apresentaram cárie possuíam restaurações e 8,94% apresentavam a doença em grau severo.

Oliveira (2004) avaliou a prevalência de cárie dentária em 699 pré-escolares de escolas públicas e privadas na faixa etária de 04 anos no município de Aracaju-Sergipe, utilizando para o registro de superfícies dentárias cariadas, perdidas e obturadas, o índice de ceo-s de acordo com a Organização Mundial de Saúde, 1999. Segundo a pesquisa, 64,9% dos pré-escolares apresentaram-se sem cárie dentária e 35,1% com a doença. Nas crianças pertencentes a estratos econômicos mais baixos, matriculadas em estabelecimentos públicos, observou-se uma maior prevalência de cárie em relação a crianças pertencentes a estratos econômicos mais elevados, em escolas particulares, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Mello e Antunes (2004) visaram a mensuração da prevalência de cárie dentária em 291 escolares de 05 a 12 anos, residentes na área rural de Itapetininga - São Paulo. As características sócio-econômicas e os hábitos das crianças foram informados pelos pais e o registro da cárie dentária foi levantado através dos índices ceo-d e CPO-D. Verificaram que o ceo-d aos 05 anos foi de 2,63 e o CPO-D aos 12 anos de 2,45, sendo que o componente cariado correspondeu a 85,6% do ceo-d e 34,2% do CPO-D, indicando menor utilização dos serviços odontológicos pelas crianças com cárie na dentição decídua.

Jahn e Jahn (1997) realizaram uma pesquisa em 83 crianças de classe social baixa, de 1 a 5 anos de idade para avaliar e quantificar a gengivite utilizando o índice de sangramento gengival proposto por Løe e Silness (1963) e o índice de higiene oral simplificado (IHO-S) proposto por Greene e Vermillion (1964). A média do índice de sangramento gengival foi de 0,84 com 84,34% das crianças apresentando gengivite e o índice de higiene oral foi de 2,30. O estudo demonstrou uma alta incidência de doença periodontal nas crianças de 1 a 5 anos de idade, devendo os profissionais ficarem atentos para o diagnóstico da gengivite que, na infância, não pode ser negligenciada, pois pode evoluir atingindo a idade adulta.

Coutinho e Tostes (1997) verificaram a prevalência da atividade de doença gengival em 120 crianças de ambos os gêneros na faixa etária de 4 a 12 anos utilizando o índice de sangramento gengival para obtenção do grau da severidade e a prevalência da gengivite e o índice de higiene oral simplificado (IHO-S) para estabelecer a relação entre presença de biofilme bacteriano e a prevalência de gengivite. De acordo com os resultados, observou-se uma prevalência de gengivite de 83,3%. Foi constatada uma maior prevalência da doença na faixa etária de 11 a 12 anos. A gengivite leve obteve maior prevalência (55%), seguida da moderada (19,2%) e severa (8,3%), as quais foram mais prevalentes no sexo masculino. Foi constatado um índice de higiene oral médio variando de 1,1 a 2,4 com pequenas diferenças entre índice de higiene oral e gengivite.

Cunha e Chambrone (1998a) realizaram um estudo sobre a prevalência e severidade da gengivite em relação à higiene bucal de 320 escolares de 05 a 14 anos, pertencentes à classe média alta. Foram utilizados o índice gengival de Løe (1963) e o índice de placa de Silness e Løe (1963). Os dados revelaram uma prevalência de gengivite igual a 99,37% independente da idade ou gênero e foi demonstrada uma forte relação entre a condição de higiene e alteração gengival. O grau de higiene bucal encontrado foi bom em consequência da baixa severidade da doença.

Cunha e Chambrone (1998b) verificaram a prevalência de gengivite em relação ao índice de placa em 491 crianças de 05 a 14 anos de idade de ambos os gêneros e de nível sócio-econômico baixo. Aplicou-se o índice de placa (IPI) de Silness e Løe (1963) e o índice gengival (IG) de Løe (1963). Os resultados evidenciaram uma prevalência de gengivite de 100%, embora a quantidade de biofilme encontrada tenha sido moderada. Isto se deve, provavelmente, à influência de fatores como nutrição, saneamento básico, condição de moradia, instrução e orientação de saúde.

Nos últimos anos, os padrões de cárie e doença periodontal têm sido alterados nas diferentes regiões do mundo principalmente entre as crianças (WEYNE, 1997). A situação da saúde bucal na população brasileira, de acordo com o levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em 1986, registrou um índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) igual a 6,65 aos 12 anos de idade, considerado um dos mais elevados do mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988) e, de acordo com o levantamento de 1996, o índice de CPO-D foi igual a 3,06 aos 12 anos, com redução percentual de 53,98% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). Estudos epidemiológicos que retratam a situação bucal da população infantil em relação à doença periodontal são raros. Ao mesmo tempo, sabe-se que esta apresenta alta prevalência em termos de gengivite, enquanto que a periodontite na infância é rara, pouco conhecida e negligenciada (CARDOSO; ROSING; KRAMER, 2000).

Através da literatura, Ferreira, Castilho e Silvério (2001) verificaram a prevalência e a distribuição da doença periodontal, em nível mundial, na faixa etária de 4 a 19 anos e de acordo com a literatura consultada, concluíram que a prevalência da doença periodontal é maior nas camadas sócio-econômicas mais baixas. A maioria dos estudos demonstrou que há aumento da severidade da doença com o aumento da idade e esta tem uma relação positiva com o índice de biofilme bacteriano presente.

A cárie e a doença periodontal são as doenças que mais acometem a cavidade bucal ocupando respectivamente, o primeiro e o segundo lugares na lista de saúde pública no Brasil, dentro do campo da Odontologia. Várias medidas são adotadas com a finalidade de prevenir a cárie dentária, inclusive em crianças muito jovens, enquanto que a gengivite, por seu caráter assintomático, na maioria das vezes, não se torna motivo de queixa para o paciente e, portanto, é negligenciada pelo profissional (TRINDADE; GUEDES-PINTO, 2002).

Moraes e Valença (2003) avaliaram a prevalência de gengivite e periodontite em 518 crianças de 03 a 05 anos de idade, de ambos os gêneros, através do índice de higiene oral simplificado (IHO-S), do índice de sangramento gengival (ISG) e da presença de periodontite medindo a profundidade do sulco gengival. Observaram, em relação ao IHO-S, uma média de 1,34, sendo 1,32 no gênero masculino e 1,35 no feminino e para as idades de 03, 04 e 05 anos o IHO-S médio foi de 1,31, 1,33 e 1,36, respectivamente, correspondendo a uma higiene oral regular. A prevalência de gengivite foi de 75,5%, independente do gênero ou faixa etária, verificando-se o predomínio de gengivite leve. Nas crianças com maior acúmulo de biofilme bacteriano a gengivite foi mais prevalente. A periodontite foi detectada em 3,7% dos pré-escolares, não estando relacionada com faixa etária e gênero. Concluíram ser elevada a prevalência de gengivite nas crianças examinadas, estando tal condição associada ao acúmulo de biofilme bacteriano. Em contrapartida, a periodontite foi pouco expressiva nas crianças avaliadas.

No Brasil, há relatos de estudos epidemiológicos isolados sobre as anomalias de língua, principalmente em escolares do estado de São Paulo. A maioria dos estudos encontrou a língua geográfica e a língua fissurada como as alterações mais prevalentes (MACHADO; SAMPAIO, 1980).

O estudo realizado por Lofredo e Machado (1983) sobre prevalência de anomalias de língua em escolares revelou a prevalência de 3,8% de língua geográfica, 1,45% de língua

fissurada, 0,56% de glossite rombóide mediana. Não houve diferença estatisticamente significativa com relação ao gênero. Um estudo semelhante realizado posteriormente por Gonzaga, Costa e Oliveira (1994) na mesma cidade, constatou a prevalência de língua geográfica, fissurada e a associação das duas condições entre 808 escolares, encontrando os seguintes resultados, respectivamente, 4,3%, 9,6% e 1,6%.

O termo oligodontia é utilizado quando ocorrem ausências múltiplas de dentes. A ausência congênita de dentes decíduos não é rara, apresentando uma prevalência de 1,5% (BRAHAM, 1995). Geralmente está associada a outras deficiências de origem do ectoderma, sendo mais freqüente no sexo masculino (SHAFER; HINE; LEVY, 1987).

Em relação aos distúrbios de forma, Shi et al. (1993) analisaram uma amostra de 10.804 crianças entre 2 a 6 anos e observaram a presença de caninos decíduos conóides, sendo 87,18% superiores. A microdontia foi mais freqüentemente observada nos incisivos laterais inferiores direitos e a macrodontia em incisivos centrais e incisivos laterais inferiores direitos. Não há relatos na literatura consultada sobre *dens in dente* e taurodontismo para esta faixa etária (0 a 36 meses).

Hattab, Yassin e Rawasshdeeh (1994), ao apresentarem uma revisão sobre a prevalência de dentes supranumerários, observaram que os valores variavam de 0,03 a 1,9% na dentição decídua com uma freqüência maior do que nos permanentes (73% contra 25%), corroborando com os achados de Ferguson e Hunk (1991) que relataram uma prevalência de dentes supranumerários na população menor de 1%, localizando-se de 90 a 98% das vezes na maxila.

No que diz respeito às hipodontias, situação clínica em que somente um dos poucos dentes está ausente, a prevalência é de 0,1 a 0,7% sem diferença entre os gêneros, segundo Poulsen, Epélio e Kreiborg (1995). Quando acontece, geralmente acomete a região antero-

superior, principalmente o incisivo lateral. Existe uma forte correlação entre a ausência de dentes decíduos e dentes permanentes.

Glavan e Silva (1995) examinaram prontuários de 1.625 crianças de 12 a 13 anos de idade matriculadas no serviço de triagem da Universidade Federal de Santa Catarina, com o propósito de determinar a prevalência das hipodontias, verificar as possíveis influências da variável gênero bem como verificar os sítios de localização preferencial da anomalia. Concluíram que a prevalência da hipodontia foi de 3,13%, que a mesma foi mais prevalente entre as meninas e que a localização preferencial das hipodontias foi a região dos incisivos laterais superiores.

Os estudos sobre a incidência do freio teto labial persistente em diferentes faixas etárias mostraram uma diminuição na sua ocorrência com o aumento da idade. Na faixa etária de 0 a 6 meses, Albuquerque (1990) observou a incidência de 51%; de 4 a 6 anos, Santos et al. (1985) observaram uma incidência de 10,7% e Walter, Ferelle e Issao (1996), de 11 a 12 anos, encontraram uma incidência de 3,87%.

Toledo (1996), Yonezu et al. (1997) e Guedes-Pinto (1998) observaram que existe uma relação entre agenesia dentária e determinadas síndromes ou anomalias congênitas, como em pacientes fissurados que possuem uma prevalência de 18% de agenesia, considerado um número alto em comparação à população em geral e na Síndrome de Down foi constatado que 65% dos pacientes apresentam oligontia e 53% hipodontia.

Lima e Duarte (1999) investigaram a prevalência dos defeitos de esmalte na dentição decídua de crianças nascidas com peso adequado (100 crianças) e baixo peso (100 crianças), na faixa etária de 6 a 72 meses em João Pessoa. Os achados demonstraram uma prevalência de 43% de defeitos no grupo com baixo peso ao nascer e 7% no grupo nascido com peso adequado, não havendo diferença significativa entre os gêneros. Os tipos de defeitos mais comuns foram opacidade branca/creme (43%), seguido das hipoplasias por falta de esmalte

(25%). Houve maior ocorrência dos defeitos na maxila (63,9%) que na mandíbula (36%). Os dentes mais acometidos foram os incisivos centrais e molares, estando localizados com maior frequência (90,9%) na superfície vestibular e em 50% dos dentes que apresentaram defeitos havia necessidade de tratamento.

Bessa, Santos e Carmo (2002), diante da escassez de dados na literatura sobre a frequência de alterações na mucosa bucal da população infantil, realizaram um trabalho sobre a prevalência de alteração da mucosa bucal em 170 crianças saudáveis de 0 a 12 anos. Observaram que a prevalência de crianças acometidas por alterações da mucosa foi de 28,2% sem diferença significativa quanto ao gênero e à idade, sendo que havia crianças com mais de uma alteração simultânea. Considerando-se todo o grupo, as alterações mais prevalentes foram: lesão traumática (8,24%), língua geográfica (7,06%) e afta recidivante (1,76%). A língua geográfica foi a mais comum na idade de 0 a 4 anos (9,62%) e a lesão traumática (13,63%) nas idades de 5 a 12 anos.

Segundo Poulsen, Epélio e Kreiborg (1995), a prevalência de dentes decíduos com fusão é da ordem de 0,5 a 2,9%, sendo mais comum na dentição decídua e aparece mais comumente do que a geminação.

A época de formação, calcificação, erupção e a troca dos dentes decíduos estão sujeitas a inúmeras variações individuais, havendo certos intervalos normais na seqüência de erupção, porém a cronologia obedece a um certo padrão genético. O estágio eruptivo da dentição decídua estende-se, em média, do 6º ao 30º mês de vida da criança e dentre a época de desenvolvimento dentário a mais aceita é a proposta por Logan e Kronfield e modificada por McCall e Shchour, a qual relata que os incisivos centrais erupcionam no 8º a 10º meses, incisivos laterais no 11º e 13º meses, caninos no 19º e 20º meses e segundo molares no 27º e 29º meses, para os dentes inferiores e superiores, respectivamente (WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996; GUEDES-PINTO, 1998; MARTINS et al., 2001).

2.2.2 Pacientes com necessidades especiais

Shaw, Maclaurin e Foster (1986) avaliaram a prevalência de cárie dentária, níveis de higiene oral e necessidade de tratamento periodontal em 3.423 crianças com necessidades especiais de várias patologias (grupo de estudo) e 1.344 crianças saudáveis (grupo controle) na faixa etária de 5 a 14 anos. Observaram que 36% das crianças do grupo de estudo encontravam-se livres de cáries, comparadas com 42% do grupo controle. O índice de ceo-d nas crianças do grupo de estudo foi 1,85 e nas crianças do grupo controle foi 1,44. No entanto, quando parte dos componentes do ceo-d foi analisada, houve diferença na previsão de cárie e extração nas crianças especiais. Quanto ao índice de higiene bucal, houve diferença significativa no grupo controle: 73% tinham higiene bucal boa comparada com 52% das crianças do grupo de estudo; em termos da necessidade de tratamento periodontal, 51% do grupo de estudo e 29% das crianças normais precisam de tratamento. A pesquisa confirmou o pobre nível de higiene bucal e maior necessidade de tratamento periodontal em crianças portadores de necessidades especiais do que em crianças saudáveis.

Gugushe (1991) realizou um estudo comparativo do estado de saúde bucal em relação à doença cárie e condições periodontais em três grupos de pacientes portadores de necessidades especiais (deficientes físicos 61%, visuais 31,5% e auditivos 7,5%) totalizando 267 alunos. A média de CPO-D foi de 2,63 da população total de estudo e 34% não apresentavam cárie. A maior proporção do índice CPO-D foi conferida ao componente cariado com 71,8%, obturados 9,5% e perdidos 17,9%. Não houve diferença estatística quanto à presença de cárie nos três grupos, entretanto, no gênero feminino a experiência foi maior. A condição periodontal de 90% dos alunos apresentou sangramento gengival, cálculo e bolsa gengival, no entanto os alunos com deficiência física apresentaram uma maior proporção. Concluiu que pacientes portadores de necessidades especiais têm uma má higiene oral e uma

maior necessidade de tratamento preventivo e curativo, e que a deficiência física resulta em uma maior restrição para manter uma boa higiene oral se comparada às outras duas deficiências.

Vignehsa et al. (1991) analisaram a relação de vários tipos de deficiências com a condição de saúde oral em 322 crianças portadoras de necessidades especiais diversas de 6 a 18 anos de idade e compararam com crianças normais. Foram avaliados o índice de higiene oral, a condição periodontal, o índice de cárie dentária e anomalias dentofaciais. Em relação à higiene oral 85%, das crianças na faixa etária de 6 a 11 anos e 88% da faixa etária de 12 a 18 anos de idade apresentaram alto índice de biofilme bacteriano, sendo maior naqueles com deficiência neuromotora do que nos deficientes visuais, surdos e mudos. Quanto à gengivite, 98,5% apresentaram gengivite leve aumentando de grau com a idade e com o tipo de deficiência. O índice de cárie dentária aumentou de 0,73 num grupo de 6 a 11 anos para 2,78 num grupo de 12 a 18 anos, o ceo-d foi de 2,23 e 37% da amostra requeriam atenção imediata para restauração e extração. Quanto às anomalias dento-faciais, foi encontrada má-oclusão severa em 29% dos portadores de necessidades especiais, principalmente com síndrome de Down e paralisia cerebral. Concluíram que nenhuma diferença real foi vista na saúde dental das crianças deficientes com diferentes disfunções. No entanto, uma disparidade existiu entre a saúde oral de escolares normais e deficientes. Alto nível de doença dental em crianças portadoras de necessidades especiais foi visto devido à pobre utilização dos serviços odontológicos e à falta de atenção. Um avanço no acesso ao serviço odontológico, assim como na educação para a saúde oral, é necessário para melhorar a saúde dessa população.

Acs e Cozzi (1992) realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de investigar o risco de infecção da derivação ventrículo peritoneal (DVP) e ventrículo atrial (DVA) imediato ao tratamento dental específico, definir um programa de educação avançada dirigida por odontopediatra e neurocirurgião e, adicionalmente, o estudo visava a recomendação

quimioprolifática com antibiótico para pacientes com hidrocefalia portadores de derivação. Participaram do estudo 51 odontopediatras (70,6%) e 63 neurocirurgiões (61,9%). Os autores concluíram que a infecção da derivação não é considerada uma consequência freqüente no tratamento odontológico, embora os odontopediatras acreditem que a infecção DVA pode ser devido a procedimentos dentais antecedentes e recomendem, freqüentemente, a profilaxia antibiótica. Odontopediatras e neurocirurgiões consideram as extrações, as cirurgias orais e as raspagens coronaradiculares procedimentos de alto risco, indicando a profilaxia antibiótica indiferente ao tipo de derivação, embora os odontopediatras recomendem também em procedimentos de rotina como restaurações. Em relação aos microorganismos responsáveis pela infecção, os odontopediatras acreditam que sejam os *streptococcus*, enquanto os neurocirurgiões os *staphylococcus*.

Segundo Koch et al. (1992), a incidência de doenças crônicas em crianças tem sido relativamente estável nas últimas décadas devido ao diagnóstico precoce e tratamentos médicos mais eficazes. Como consequência, a necessidade de tratamento dentário especializado vem aumentando. Essas crianças constituem um grupo onde não somente o conhecimento da doença por si é necessário, mas também um conhecimento acerca de como monitorar e evitar as complicações bucais que podem acompanhar as várias doenças decorrentes da medicação e tratamento realizados. Crianças com necessidades especiais necessitam de apoio e auxílio profissional para limpeza dos dentes e programas preventivos individuais para manter uma saúde oral favorável, durante todas as fases da doença. Além disso, os profissionais de saúde têm poucas informações acerca das consequências dos problemas dentários decorrentes das condições sistêmicas, tratamento e medicações. Dessa forma, poucas crianças com necessidades especiais são sempre encaminhadas a um dentista, a menos que haja “dor de dente”. No tratamento de pacientes portadores de necessidades especiais, a equipe odontológica é uma das muitas ao redor das crianças e sua família, e

alguns fatores tornam maior o risco em relação aos problemas dentários como dieta, função muscular, medicação e coordenação motora.

Segundo Tesini e Fenton (1994), a cárie dentária e a doença periodontal são os principais problemas na conduta odontológica dos pacientes portadores de necessidades especiais, uma vez que a cronicidade da doença oral pode complicar a desordem física e mental, de modo que a prevenção primária deve ser o objetivo mais importante para estas populações, caso haja necessidade de tratamento, podendo ser tratados no consultório odontológico com poucas alterações no protocolo de rotina.

Van Grunsven e Cardoso (1995) relataram que os deficientes físicos e mentais têm um pobre padrão de higiene oral quando comparados aos não deficientes, com um alto acúmulo de placa e cálculo devido à falta efetiva do seu controle, além de outros fatores tais como dieta pastosa, alta ingestão de alimentos ou bebidas contendo sacarose, tensão anormal dos músculos faciais, disfunção na mastigação e deglutição, má-oclusão, respiração bucal e diminuição do fluxo salivar. Os problemas mais freqüentes encontrados por familiares ou responsáveis durante a escovação em pessoas incapacitadas podem ser: constante movimento da língua, cerramento dos dentes, movimentos involuntários da cabeça e pescoço, aumento da tensão dos músculos faciais, aumento do reflexo de regurgitar e reações aversivas. Preconizaram o tratamento preventivo e a manutenção da saúde oral em crianças física e mentalmente especiais, baseado no controle mecânico da placa, salientando-se o uso da clorexidina, do flúor, da saliva artificial, da necessidade de um diagnóstico acurado e de uma cuidadosa avaliação dos seus efeitos. Os pacientes portadores de necessidades especiais, seus familiares e os profissionais envolvidos devem ser educados e treinados em prevenção e devem estabelecer uma relação em que o paciente e sua família sejam o centro da atenção.

De acordo com Toledo (1996), por motivo de afeto e super proteção, tem-se notado uma freqüência maior na alimentação com mamadeira e o uso de alimentos açucarados em

pacientes portadores de necessidades especiais acarretando uma dieta altamente cariogênica que, associada à má higiene oral, certamente levará a criança a uma alta atividade de cárie e problemas periodontais.

Bezerra e Toledo (1996) destacaram o enfoque preventivo que vem sendo dado à Odontologia, o qual não pode e nem deve excluir os pacientes classificados como “especiais”. O atendimento odontológico desses pacientes deve ser realizado de modo que as medidas preventivas e restauradoras sejam perfeitamente integradas, ficando na dependência de cada paciente a predominância de umas sobre as outras. Para tanto, não basta conhecer as condutas atípicas relacionadas com a natureza das deficiências físicas, intelectuais, emocionais e/ou sociais apresentadas. O sucesso odontológico dependerá, também, do conhecimento sobre a etiopatogenia das doenças bucais e sobre os recursos disponíveis para a prevenção e controle, como também da identificação do risco do paciente com relação aos estados mórbidos, entre os quais se destacam a cárie e a doença periodontal.

Quanto à aplicação de medidas preventivas de saúde oral em pacientes especiais, a interferência dos desvios da normalidade exige esforços de adaptação por parte do profissional e do pessoal auxiliar, sendo necessária uma associação de métodos preventivos (higiene bucal, controle químico, controle da dieta e uso de flúor e uma integração das equipes de saúde) para que os resultados sejam satisfatórios. Os pais ou responsáveis devem ser alertados e esclarecidos sobre a etiologia das doenças bucais, suas conseqüências e sobre os meios disponíveis para a sua prevenção (KANEKO, 1976; TOLEDO, 1996).

Na literatura há diversos estudos comparando as condições estomatológicas de pacientes portadores de necessidades especiais com a população geral, mas há escassez de dados com relação aos portadores de hidrocefalia, os quais constituem um grupo de pacientes especiais. É sabido que as condições de saúde bucal do portador de deficiência mental e neuropsicomotora são precárias, sendo a prevalência, incidência e severidade das doenças

cárie e periodontal maiores se comparadas aos indivíduos normais, mesmo aqueles que já receberam tratamento odontológico (RESENDE; CASTRO; ABREU, 1997). Este maior número de lesões pode ser explicado pelo tipo de alimentação, hipocalcificação, higienização, medicação, abrasão e atrição, gravidade da deficiência mental e interferência sistêmico-metabólica (FOURNIOL FILHO; FACION, 1998).

Para O'Donnell (1996) e Guedes-Pinto (1998), uma família com criança deficiente tem que cooperar com diferentes profissionais de saúde. Os pais, freqüentemente, experimentam falta de cooperação entre os diferentes serviços, de forma que eles têm que fazer várias consultas separadas. Assim, esses autores salientam a necessidade de uma coordenação dos serviços e melhor cooperação multiprofissional.

Durante as duas últimas décadas ocorreram modificações significativas, não somente na atitude dos pais de crianças portadoras de necessidades especiais, mas também com relação aos profissionais da área de saúde e educação. Atualmente, as profissões médicas estão ligadas a instituições educacionais e a grupos de pais e voluntários que unem esforços no sentido de instituir técnicas especiais para o tratamento e prevenção de pacientes portadores de necessidades físicas e mentais. Muitas crianças portadoras de necessidades especiais são adequadamente controladas, inicialmente, por uma equipe multidisciplinar, na qual o cirurgião-dentista estará mais bem preparado para avaliar os achados extrabucais e intrabucais da criança. A abordagem odontológica deve ser realizada o mais precocemente possível e priorizar aspectos preventivos. Um programa eficaz de odontologia preventiva é importante para a criança deficiente devido aos fatores predisponentes que tornam os cuidados odontológicos restauradores mais difíceis de serem obtidos, quando necessário (BEZERRA; TOLEDO, 1996; WEDDELL; SANDERS; JONES, 2001).

Desai, Messer e Calache (2001) estudaram a prevalência da cárie dentária, necessidade de tratamento periodontal e a má oclusão em 300 crianças portadoras de necessidades

especiais (150 eram atendidas em escolas especiais de desenvolvimento – grupo 1 e 150 em escolas especiais comuns – grupo 2). Observaram que as crianças do grupo 2 tinham menor experiência de cárie (1,3) do que o grupo 1 (1,5); o ceo-d e o CPO-D para o grupo 1 foi 2,5 e 3,1, respectivamente, e para o grupo 2 foi 2 e 3, respectivamente. Em ambos os grupos, 60% das crianças apresentaram uma grande necessidade de tratamento restaurador e preventivo, sendo que no grupo 1 a necessidade foi maior. As doenças periodontais e a má oclusão foram freqüentes em todas as crianças (92%). A partir dos dados obtidos, concluíram que há necessidade de tratamento preventivo e curativo visando à promoção de saúde oral nesta população e que a implementação de estudos que visem a essa promoção em crianças e adolescentes portadores de necessidades especiais é de primordial importância.

Para Medeiros, Queiroz e Felício (2002), as características miofuncionais dos indivíduos portadores de deficiências cerebrais preocupam tanto ao fonoaudiólogo quanto ao cirurgião-dentista porque envolve, dentre outros fatores, distúrbios alimentares, má higiene bucal e dificuldades no atendimento odontológico e na comunicação. Ressaltaram a importância de uma equipe multidisciplinar no atendimento aos portadores de paralisia cerebral.

Segundo Fonseca, Pianetti e Xavier (2002), os problemas bucais como cárie dentária e alterações periodontais em pacientes portadores de necessidades especiais podem ser atenuados com os procedimentos de higiene bucal que, de certa forma, não variam daqueles para crianças normais. Assim, os profissionais devem orientar os pais, informando-lhes que, antes da erupção dos dentes, o uso de gaze ou ponta de fralda embebida em água filtrada pode, além de remover resíduos de alimentação, estimular a musculatura facial. E, logo após o aparecimento dos primeiros dentes, os pais podem utilizar escovas e acessórios para promover a higienização bucal.

A cavidade bucofacial e suas funções são sempre afetadas em crianças com distúrbios ou afetadas por medicamentos. Existem relatos de crianças, assim como de adultos, que mostram que essas crianças possuem mais cáries e recebem menos cuidados e terapias menos avançadas do que a população saudável. A razão para isso é a falta de conhecimento devido à incerteza dos odontólogos de como se comportarem com esses pacientes. No entanto, existem relatos positivos na conduta com os mesmos (TRULSSON; KLINGBERG, 2003).

De maneira geral, a assistência odontológica para criança portadora de necessidades especiais não difere, em termos técnico e filosófico, do tratamento convencional. Porém, o cirurgião-dentista deve ter mais habilidade e critério em relação à abordagem do paciente e da família, na anamnese e no plano de tratamento. Uma grande dificuldade observada para o atendimento a esses portadores está na inadequada arquitetura da maioria dos consultórios em clínica odontológica. Para que o tratamento odontológico possa ser realizado em nível ambulatorial, o cirurgião-dentista deve estar atento às barreiras arquitetônicas, procurando eliminá-las, visto que elas dificultam ou mesmo impedem o tratamento. A maioria dos consultórios (75%) é inacessível aos excepcionais, contudo, essa porcentagem tem diminuído conforme novos consultórios vêm sendo construídos (TOLEDO, 1996; CORRÊA, 2001; FOURNIOL FILHO; FACION, 1998; FONSECA; PIANETTI; XAVIER, 2002).

Pomarico et al. (2003) avaliaram as percepções e atitudes em saúde bucal de 169 responsáveis por crianças portadoras ou não de necessidades especiais na faixa etária de 07 a 77 meses de uma Instituição Pública do Rio de Janeiro. Apenas 17,9% da amostra responderam corretamente como a higiene bucal pode interferir na saúde geral, no entanto, a higiene bucal foi apontada pela maioria como principal método de prevenção de cárie dentária. Foi verificado em ambos os grupos, que os responsáveis não detêm um conhecimento adequado e, particularmente, num grupo de pacientes portadores de necessidades especiais, esta deficiência pode ter conotações mais graves, e com relação às

atitudes em saúde bucal, geralmente a mãe era responsável e nem sempre as práticas de higiene bucal eram corretas.

De acordo com Shyama et al. (2003), crianças portadoras de necessidades especiais apresentam grande acúmulo de placa e o seu controle nesses indivíduos seria uma importante forma de tratamento e prevenção. A escovação é o método mais simples e efetivo para reduzir e controlar as doenças cárie e periodontal, devendo ser introduzida no início da socialização da criança, apesar dessa atividade ser considerada difícil entre esses indivíduos, muitos deles podem realizá-la sozinhos com treinamentos apropriados. Ao avaliarem um programa de escovação e educação de saúde oral no Kuwait em 112 crianças e adolescentes com Síndrome de Down, observaram que após três meses da instituição do programa, a quantidade de placa diminuiu de 1,93 para 0,95 e o grau de gengivite de 2,0 para 0,83. Para estes autores a chave do sucesso, a longo prazo, do programa de prevenção está na sua manutenção e na motivação do paciente em fazer da higiene oral parte de seus hábitos diários.

Kaneko (1976) avaliou a condição de saúde oral de 45 crianças portadoras de necessidades severas (paralisia cerebral, síndrome de Down e eritoderma congênita) institucionalizadas, na faixa etária de 01 a 17 anos. Foram avaliados o índice de higiene oral e a prevalência de cárie dentária. Observou que a prevalência de cárie dentária foi de 39,4% para a dentição decídua e 19,0% para dentição permanente com maior prevalência de dentes cariados e nenhuma restauração realizada. A higiene oral foi pobre: 76,7% das crianças tinham gengivite e os pacientes portadores de paralisia cerebral que faziam uso de anticonvulsivante apresentaram hiperplasia gengival. Outros problemas foram vistos como protrusão lingual, bruxismo, palato atrésico, hipoplasia de esmalte e atrição. Os pacientes com paralisia cerebral e síndrome de Down apresentaram atraso de erupção atribuída a um hipometabolismo, fatores hereditários, congênitos e nutricionais. Concluiu, então, que o

primeiro passo para o cuidado com a saúde dessas crianças é o desenvolvimento de medidas de higiene oral adequadas e que estas sejam realizadas o mais precocemente possível.

Pope e Curzon (1991) realizaram um estudo comparativo para avaliar a prevalência de cárie dentária, gengivite, qualidade de restauração, erupção dentária em 150 pacientes portadores de paralisia cerebral com e sem deficiência mental (grupo de estudo) e 191 pacientes normais (grupo controle) na faixa etária de 03 a 18 anos de idade. O índice de ceo-d encontrado na faixa etária de 03 a 06 anos no grupo controle foi de 1,4 e no grupo de estudo foi de 2,4, de modo que o nível de cárie dentária entre o grupo controle e o de estudo não houve diferença significativa, sendo que o grupo de estudo teve menos dentes restaurados e mais dentes cariados. A média de CPO-D no grupo controle foi de 0,16 e no grupo de estudo 0,6. Em relação à erupção, houve um atraso na dentição decídua e permanente do grupo de estudo. O grau de gengivite e biofilme foi significativamente maior no grupo de estudo em todas as idades e poucas crianças do grupo de estudo visitavam o dentista regularmente.

Souza, A. et al. (1997) realizaram um estudo sobre as condições de saúde bucal de 40 pacientes (adultos e crianças) portadores de paralisia cerebral com o objetivo de determinar o índice CPO-D, o ceo-d e o índice comunitário de necessidades de tratamento periodontal. Encontraram um índice ceo-d de 1,21% para o gênero masculino e 1,4% para o gênero feminino, sendo considerados baixos. Contudo, os índices de CPO-D foram altos, sendo de 8,34% e 6,87% para o gênero masculino e feminino, respectivamente. Fazendo-se acreditar que o fator paralisia cerebral não predispõe a alta prevalência de cárie, mas, provavelmente, os aspectos sócio-econômico e cultural, associados ao preconceito por alguns pais, membros de instituições e principalmente, da classe odontológica, interferem diretamente sobre os achados. O percentual do estado periodontal hígido foi de 25,75% para o gênero masculino e 21,21% para o gênero feminino, sendo considerado alto. Contudo, encontrou-se uma média de

12,12% para o sangramento gengival e 11,11% para presença de cálculo, salientando-se a presença de higiene bucal pobre, irregular e algumas vezes inexistente.

Para Corrêa (2001), não existe alteração bucal específica em portadores de paralisia cerebral. Entretanto, alguns problemas são mais comuns ou mais graves que em pacientes normais, entre eles, retardo na erupção dos dentes, deglutição atípica, bruxismo, sialorréia, quelite, traumatismo dentário, palato atrésico, protrusão lingual e agenesias.

Fiorati, Spósito e Borsatto (1999) ao realizarem um levantamento epidemiológico de cárie e doença periodontal em 29 pacientes com paralisia cerebral na idade entre 06 e 36 anos, observaram os seguintes resultados: em relação à cárie uma baixa incidência em idade precoce (50%), média em idade jovem (50%) e alta na idade adulta 44% e, em relação à doença periodontal, houve uma incidência de 38% na idade precoce, 25% na idade jovem e 33% na idade adulta. Concluíram que a incidência de cárie e de doença periodontal aumentou com o avanço da idade e 17% dos pacientes portadores da referida patologia apresentaram a susceptibilidade ao quadro de hiperplasia gengival

Segundo Abreu, Paixão e Rezende (1999), as condições de saúde bucal dos portadores de paralisia cerebral e outras deficiências são preocupantes. Apesar da prevalência da cárie dental ser considerada semelhante à da população em geral, a saúde periodontal apresenta condições desfavoráveis. A higiene bucal precária é um fator determinante das condições de saúde periodontal nestes grupos de pacientes, considerando ainda que o biofilme bacteriano é um fator etiológico importante para doenças cárie e periodontal. Para avaliar as opiniões dos pais/responsáveis de portadores de deficiência sobre as medidas de controle mecânico e químico do biofilme, os autores estudaram 52 pacientes de 07 a 21 anos de idade de ambos os gêneros portadores de alguma deficiência e concluíram que a totalidade dos pais/responsáveis considera que as medidas de controle de biofilme melhoraram a saúde bucal, no entanto, grande parte encontrou dificuldades para realizar a escovação, mas não interrompeu o seu uso.

Biziak e Santos (2001) avaliaram o grau de necessidade de tratamento periodontal em 62 crianças portadoras de paralisia cerebral (grupo estudo) e 67 crianças saudáveis (grupo controle) na faixa etária variando entre 06 e 16 anos pelo índice de necessidade de tratamento periodontal. Concluíram que no grupo de estudo, 29,03% dos indivíduos necessitavam de intensificação na instrução de higiene oral e 46,78% necessitavam de raspagem e polimento, além de intensificação na instrução oral. Já no grupo controle, 59,70% não necessitavam de tratamento, 26,87% apenas da intensificação na instrução de higiene oral e 13,43% do tratamento sob a forma de raspagem e polimento coronorradicular, bem como da intensificação na instrução de higiene oral. Assim, na comparação entre dois grupos, verificou-se uma menor necessidade de tratamento no grupo controle, ao passo que no grupo de estudo detectou-se a presença de cálculo significativamente maior, confirmando a necessidade de atuação preventiva e curativa aos portadores de necessidades especiais, inclusive paralisia cerebral.

Zarzar e Rosenblatt (1999) realizaram um trabalho para avaliar se as crianças portadoras de Síndrome de Down na faixa etária de 03 a 10 anos de ambos os gêneros tiveram atenção odontológica e se esta estava calcada dentro do princípio bioético da beneficência. Participaram do estudo 30 crianças portadoras de Síndrome de Down (grupo de estudo) e 30 crianças saudáveis (grupo controle). Em relação à média de dentes cariados, o grupo controle teve uma média de 3,47 e o grupo de estudo 4,83, mostrando não haver diferença estatística significativa. No entanto, a média de dentes restaurados no grupo controle foi de 3,67 e no de estudo 1,20, destacando-se que no grupo de estudo o maior percentual era formado de crianças sem restaurações (46,7%); já no grupo controle o maior percentual foi de crianças com restaurações (40%). No que se refere à extração, a média do grupo controle foi de 0,8 e no grupo de estudo 1,73. Concluíram que a atenção odontológica aos portadores da Síndrome de Down parece falhar quanto ao princípio bioético da beneficência em relação ao grupo

controle, uma vez que os portadores de Síndrome de Down apresentaram uma grande quantidade de cáries não tratadas e mais dentes extraídos do que as crianças saudáveis.

Araújo (2000) realizou um trabalho para avaliar a prevalência de cárie na dentição decídua em 42 crianças portadoras de Síndrome de Down na faixa etária de 0 a 60 meses. Observou que crianças menores de 12 meses de idade não apresentavam cárie. As primeiras lesões incipientes de cárie foram observadas na faixa etária de 12 a 36 meses e as primeiras cavidades somente na faixa etária entre 37 e 48 meses devido à erupção tardia, característica da Síndrome de Down. A respeito da prevalência de cárie independente da idade, observou que o arco superior possuía, respectivamente, 69,51% e 61,79% de todos os dentes e superfícies acometidas da amostra, enquanto o arco inferior possuía, respectivamente, 30,49% e 38,1%, sendo a maior prevalência no arco superior. Concluiu que crianças de 0 a 60 meses com Síndrome de Down são susceptíveis à cárie, respeitando a cronologia de erupção dos dentes e que um programa de atenção precoce à saúde bucal incluindo procedimentos coletivos e individuais permite um maior conhecimento sobre a doença cárie por parte dos pais, prevenindo sua instalação de forma agressiva.

Segundo Mitsea (2001), muitas crianças portadoras de necessidades especiais tendem a ter uma higiene oral deficiente, mais gengivite e grande prevalência de doença periodontal do que uma criança normal, não somente aquelas com Síndrome de Down. Muitos estudos concordam que essas crianças têm mais necessidade de tratamento. A falta de motivação, pouca concentração e problema de destreza manual tornam extremamente difícil para estas crianças a obtenção e manutenção de um bom padrão de higiene oral e saúde gengival.

Muitos estudos têm se preocupado com o crescimento crânio-facial de crianças normais, no entanto, os estudos analisando o crescimento dos indivíduos que têm o modelo de crescimento alterado por condições patológicas afetando a cabeça são escassos. Forrester, Carstens e Shurtleff (1966) examinaram o desenvolvimento e o crescimento do crânio e da

face de 45 crianças com idades entre 1 a 11 anos, avaliando se a morfologia crânio-facial de crianças com hidrocefalia não controlada é diferente de crianças com hidrocefalia controlada e se existe algum problema dentário peculiar entre estas crianças e crianças normais. O resultado mostrou, por meio da cefalometria, que há uma pronunciada diferença entre o grupo macrocefálico e normocefálico e a cabeça era extremamente mais larga nos pacientes hidrocefálicos não controlados. O exame clínico oral revelou uma higiene oral extremamente pobre nos pacientes com hidrocefalia controlada ou não, freqüentemente encontrada em pacientes com retardo mental em comparação com as crianças normais. A comparação dos hidrocefálicos não controlados com crianças hidrocefálicas controladas e crianças normais não mostrou nenhuma diferença significativa na incidência de má-oclusão, perda de dentes ou dentes cariados.

De acordo com Holt (1969) há décadas que a DVA é o tratamento da hidrocefalia, sendo reconhecido que a colonização bacteriana sobre a válvula e cateteres é uma complicação séria e comum e que a infecção da válvula é freqüentemente acompanhada de uma persistente bacteremia. Ocasionalmente, os *staphylococcus* e outros microrganismos são responsáveis por uma fulminante septicemia. Estima-se que a incidência generalizada da infecção, associada com a colonização bacteriana da válvula, varie na razão de 6 a 20%.

Segundo Schoenbaun, Gardner e Shillito (1975), durante um período de 10 anos, a infecção da derivação ocorreu em 27% dos 289 pacientes hidrocefálicos portadores de válvulas para a drenagem do LCR no Hospital Infantil Medical Center, em Boston. Os *Staphylococcus epidermis* e o *aureus* foram os responsáveis por metade e um quarto das infecções, respectivamente. No entanto, pacientes com válvulas têm um maior risco de infecção por bactéria que comumente causam meningites na população geral. A própria infecção é um risco significativo, pois geralmente pacientes com derivação infectada têm bacteremia, causando uma mortalidade na razão de 17 a 40%.

Dahllöf et al. (1987) descreveram um caso num paciente do gênero feminino na idade de 2 anos e 9 meses com hidrocefalia e retardo mental, que apresentava concomitantemente odontodisplasia regional e atraso na erupção em ambas as dentições, decídua e permanente. Foi sugerido que a causa provável destas anormalidades dentárias tinha ocorrido devido ao defeito neural durante a fase de vida intra-uterina.

De acordo com Elias e Elias (1995), ao nível odontológico, as crianças clinicamente comprometidas, ditas “especiais”, podem ser definidas como aquelas cujo estado geral de saúde corre certos riscos de apresentar alguma patologia oral ao necessitarem de tratamento odontológico de rotina. A doença oral e o seu tratamento representam fator de alto risco para esses grupos de pacientes. Em primeiro lugar, têm-se as septicemias como seqüelas das infecções de origem odontogênica, seguida dos procedimentos de rotina e cirurgias na cavidade oral. Acrescentaram que o risco odontológico relacionado à hidrocefalia, quanto ao seu estado clínico e tratamento, está na inserção de uma válvula para a drenagem LRC dos ventrículos para o peritônio através da derivação ventrículo peritoneal. Estas válvulas se obstruem facilmente, principalmente em presença da infecção, daí a importância da prevenção do quadro de infecção através da promoção de saúde bucal, uma vez que são pacientes que, para serem submetidos ao atendimento odontológico, devem ser estudados nos mínimos detalhes e, se possível, por equipe multidisciplinar.

Desse modo, faz-se necessário avaliar as condições estomatológicas dos portadores de hidrocefalia congênita, principalmente no que se refere ao periodonto e aos tecidos duros, com o objetivo de avaliar se há diferença entre o índice de Higiene Oral, Índice Gengival, Índice de Cárie entre as crianças normais (grupo controle) e as crianças portadoras de hidrocefalia congênita (grupo de estudo), visando não só reduzir a possibilidade de infecção, como também promover a saúde bucal e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida desses pacientes especiais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar as condições estomatológicas de pacientes portadores de hidrocefalia congênita assistidos no Serviço de Neurocirurgia do Hospital Governador João Alves Filho e no Ambulatório de Neurocirurgia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a condição gengival dos pacientes portadores de hidrocefalia congênita de acordo com o Índice de Sangramento Gengival (ISG).
- Avaliar a higiene bucal dos pacientes portadores de hidrocefalia congênita de acordo com o Índice de Higiene Oral – Simplificado (IHO – S).
- Avaliar a condição dentária relativa à cárie da dentição decídua em pacientes portadores de hidrocefalia congênita de acordo com o índice de ceo-d (dentes cariados, extração indicada e dentes obturados).
- Avaliar a presença de anomalias dentárias de tamanho, forma, número, estrutura e cronologia da erupção em pacientes portadores de hidrocefalia congênita.
- Avaliar as alterações de língua, lábios, freios lingual e labial e palato de pacientes portadores de hidrocefalia congênita.
- Comparar os resultados obtidos relativos às condições bucais dos pacientes portadores de hidrocefalia congênita com as condições bucais de crianças saudáveis.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 CASUÍSTICA

4.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal com grupo controle, onde foi avaliado o Índice de Sangramento Gengival (ISG), Índice de Higiene Oral - Simplificado (IHO-S), Índice de dentes cariados, extração indicada e obturados (ceo-d), verificação de anomalias dentárias, alterações de língua, lábios, freios lingual ou labial e forma do palato. O estudo foi realizado no período de março de 2003 a março de 2004.

4.1.2 População e amostra

A pesquisa foi realizada no Serviço de Neurocirurgia do Hospital Governador João Alves Filho e no Ambulatório de Neurocirurgia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (ANEXO 1).

Foram selecionadas, para o grupo de estudo, 30 crianças portadoras de hidrocefalia congênita (GPHC) que faziam tratamento especializado nos referidos locais da pesquisa, sendo 43,5% (n=13) crianças do gênero masculino e 56,5% (n=17) do gênero feminino de faixa etária de 2 a 7 anos. A amostra foi acidental e não probabilística. A figura 1 ilustra as características crânio-faciais dos portadores de hidrocefalia congênita.

O grupo controle (GC) foi composto por 34 crianças saudáveis, pareadas para o gênero e a idade, com as crianças portadoras de hidrocefalia congênita, sendo 50% (n=17) do gênero masculino e 50% (n=17) do gênero feminino.

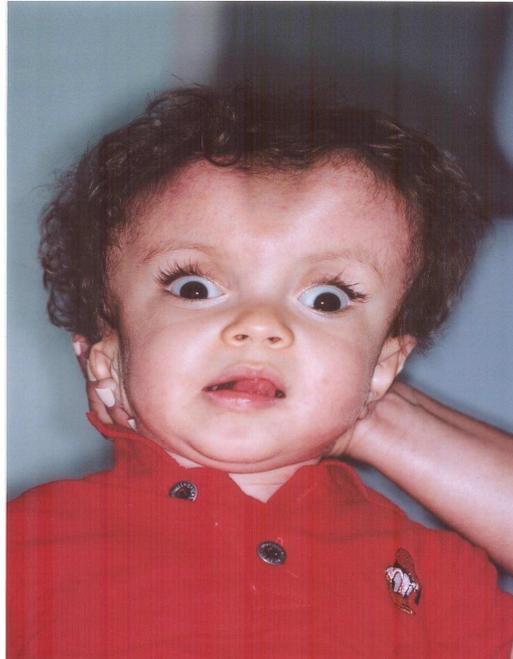


Figura 1 - Vista clínica evidenciando as características crânio-faciais do portador de hidrocefalia congênita

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

4.2.1 Grupo controle

Para participar desse grupo, a criança deveria atender aos seguintes critérios de inclusão:

- Crianças saudáveis, de ambos os gêneros, com faixa etária de 02 a 07 anos, com parentesco de 1º grau com os participantes do grupo de pacientes portadores de hidrocefalia congênita, apresentando arcos dentários decíduos.

- Crianças saudáveis, cujos pais ou responsáveis autorizaram, por meio do consentimento escrito (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (APÊNDICE 1), a inclusão da criança na pesquisa.

4.2.2 Grupo de estudo

Para participar desse grupo, o paciente portador de hidrocefalia congênita deveria atender aos seguintes critérios de inclusão:

- Pacientes com o diagnóstico de hidrocefalia congênita obtido a partir do prontuário médico.
- Pacientes portadores de hidrocefalia congênita de ambos os gêneros, com faixa etária de 02 a 07 anos de idade.
- Pacientes portadores de hidrocefalia congênita, cujos pais ou responsáveis autorizaram, por meio do consentimento escrito (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (APÊNDICE 1), a inclusão da criança na pesquisa.
- Pacientes portadores de hidrocefalia congênita que já tivessem sido submetidos ao tratamento cirúrgico (derivação ventrículo peritoneal - DVP), independente do tempo pós-cirurgia.

4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

4.3.1 Grupo controle

- Crianças saudáveis cujos pais ou responsáveis não autorizaram, por meio do consentimento escrito (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (APÊNDICE 1), a participação da criança na pesquisa.

- Crianças saudáveis que fizessem uso de medicação que interferisse com a saúde bucal, como os anticonvulsivantes, quimioterapia ou radioterapia.
- Crianças saudáveis que apresentassem dentadura mista ou permanente.

4.3.2 Grupo de Estudo

- Pacientes cujos pais ou responsáveis não autorizaram, por meio do consentimento escrito (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (APÊNDICE 1), a participação da criança na pesquisa.
- Pacientes cuja condição de saúde não possibilitasse a realização da avaliação odontológica.
- Pacientes que fizessem uso de medicação que interferisse com a saúde bucal, como os anticonvulsivantes, quimioterapia ou radioterapia.
- Pacientes portadores de hidrocefalia adquirida.
- Pacientes portadores de hidrocefalia congênita que não foram submetidos ao tratamento cirúrgico (derivação ventrículo peritoneal – DVP).
- Pacientes que apresentassem dentadura mista ou permanente

4.4 MÉTODOS

4.4.1 Índice de Sangramento Gengival

A verificação da condição gengival foi feita através do Índice de Sangramento Gengival (ISG) proposto por Løe e Silness (1963), de modo a permitir a obtenção do grau de

gingivite, sendo examinados todos os dentes divididos em quatro faces: vestibular, palatal/lingual, mesial e distal, atribuindo-se um valor de 0 a 3 a cada face, de acordo com os critérios abaixo relacionados:

Código 0: ausência de inflamação = gengiva uniformemente rosada;

Código 1: inflamação leve = modificação na cor e na textura gengivais;

Código 2: inflamação moderada = gengiva moderadamente avermelhada, vítrea, edemaciada e hipertrófica, com sangramento sob estímulo;

Código 3: inflamação severa = gengiva nitidamente avermelhada, hipertrófica, com tendência ao sangramento espontâneo e presença de ulceração.

O resultado foi obtido pelas somas dos graus de cada face e dividido pelo total de faces examinadas. A ausência de gengivite foi considerada quando o ISG fosse igual à zero, gengivite leve quando o ISG variasse de 1,0 a 2,0, moderada com o ISG de 2,1 a 3,0 e severa quando o ISG fosse acima de 3,0.

4.4.2 Índice de Higiene Oral Simplificado

A higiene bucal foi classificada em boa, regular e péssima, de acordo com o Índice de Higiene Oral–Simplificado (IHO–S) descrito por Greene e Vermillion (1964), adaptado à presente pesquisa. Este índice foi realizado considerando os seguintes elementos dentários e respectivas superfícies: superfícies vestibulares dos segundos molares decíduos superiores; superfícies linguais dos segundos molares decíduos inferiores; superfície vestibular do incisivo central superior direito; superfície lingual do incisivo central inferior esquerdo. Os graus para biofilme bacteriano variam de 0 a 3, de acordo com os seguintes critérios:

Grau 0: não há biofilme bacteriano;

Grau 1: biofilme bacteriano cobrindo não mais que 1/3 da superfície exposta do dente;

Grau 2: biofilme bacteriano cobrindo mais que 1/3, mas não mais que 2/3 da superfície exposta do dente;

Grau 3: biofilme bacteriano cobrindo mais que 2/3 da superfície exposta do dente.

O resultado foi obtido pela soma dos graus de cada dente dividido pelo total de dentes avaliados.

A higiene bucal foi considerada boa quando estivesse entre 0 e 1,5 regular entre 1,51 e 2,5 e péssima acima de 2,5.

4.4.3 Índice Ceo-d

Foi utilizado o índice ceo-d onde sua base conceitual consiste na determinação da história de cárie passada ou presente, através da experiência individual da doença, expressa pelo número de dentes cariados, com extração indicada e obturados presentes no momento do exame, descrito por Gruebbel (1944), registrando-se as seguintes condições:

Dentes decíduos - c = existência de cavidade de cárie.

e = extração indicada.

o = dente obturado, independente do material restaurador.

h = hígido.

4.4.4 Verificação de Anomalias Dentárias

Por meio da inspeção visual intrabucal foi verificada a existência de anomalias dentárias de tamanho (microdontia e macrodontia), forma (fusão e/ou geminação), número (agenesia e dentes supranumerários), estrutura (amelogênese imperfeita, dentinogênese

imperfeita e hipoplasia) de cronologia de erupção (precoce, atrasada), de acordo com Shafer, Hine e Levy (1987).

4.4.5 Verificação de Alterações de Língua, Lábios, Freios Lingual e Labial e Palato

Através do exame clínico foi verificada a presença de alterações de língua (macroglossia, língua geográfica, língua saburrosa), de lábios (queilite angular e lesões traumáticas), de freio labial (freio duplo, freio com apêndice, freio teto labial persistente) e de freio lingual (anquiloglossia) e forma do palato (WALTER; FERRELE; ISSAO, 1996).

4.5 METODOLOGIA

O exame clínico das crianças saudáveis e dos pacientes foi realizado por uma única examinadora previamente calibrada (valor de Kappa 0,81 - intra-examinador), para evitar erros de aplicação e interpretação dos índices utilizados, observando-se as normas de biossegurança (luvas descartáveis, jaleco, máscara, óculos e gorro). Os dados coletados eram registrados na ficha de exame clínico odontológico (APÊNDICE 2) por uma auxiliar previamente treinada, na sala de atendimento médico dos referidos locais de realização da pesquisa.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (ANEXO 1), a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtida dos pais ou responsáveis para participação da criança saudável e/ou paciente na pesquisa. A pesquisadora coletava os dados de identificação do paciente portador de hidrocefalia congênita através do prontuário médico (ANEXO 2) e os da criança saudável eram obtidos a partir do cartão de vacinação (ANEXO 3). Em seguida, a criança selecionada (portadora de hidrocefalia congênita ou a criança saudável) era submetida ao exame clínico odontológico,

como ilustrado na figura 2, sentada na cadeira comum e sob luz artificial. Ressalta-se que foram utilizados blocos de mordida, em casos de pacientes com dificuldade em efetuar abertura bucal suficiente para a realização do exame. Era feito isolamento relativo com rolos de algodão para cada hemi-arco, sendo examinada a gengiva para verificação da condição gengival, mediante a sondagem gengival, secando-se as superfícies por meio de gazes e com auxílio do odontoscópio e sonda periodontal, sendo registrado o Índice de Sangramento Gengival (ISG), proposto por Løe e Silness (1963). Em seguida, após a remoção do isolamento relativo, era feita a evidenciação do biofilme bacteriano, com solução de fucsina básica a 2% e cotonetes, avaliando a higiene bucal, por meio de uma adaptação do índice de higiene oral simplificado (IHO-S) de Greene e Vermillion (1964). Posteriormente, era realizada a limpeza dos dentes com escova dental, creme dental com flúor e o uso de fio dental fornecidos pela pesquisadora. Logo após, por meio do exame clínico-visual e, com auxílio do odontoscópio, os dentes eram examinados no que concerne a condição relativa à doença cárie, utilizando o índice ceo-d proposto por Gruebbell (1944) e observada a presença de anomalias dentárias, examinando-se também a língua, os lábios e os freios lingual e labial e o palato, transcrevendo-se nas fichas clínicas individuais os dados constatados para posterior análise estatística. E, finalmente, como benefícios da pesquisa, foram ministradas palestras e era feita a aplicação tópica de flúor a 1,23% durante 1 minuto, sendo o paciente ou a criança saudável liberados. Ressalta-se que a aplicação tópica de flúor só era realizada respeitando-se as necessidades individuais de cada participante, de acordo com o índice de higiene oral, visitas prévias ao dentista e risco à cárie.



Figura 2- Exame clínico odontológico da criança portadora de hidrocefalia congênita

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística dos resultados obtidos foi realizada mediante a análise descritiva, valendo-se de valores absolutos e percentuais e pela utilização do Teste “*t*” *Student*, Teste do Qui-Quadrado e Teste de Fisher. As variáveis qualitativas estudadas foram o IHO-S e ISG e a quantitativa o índice ceo-d. O nível de significância adotado para rejeição da hipótese de nulidade foi de 95% ($p < 0,05$), considerado estatisticamente significativo, por meio do programa SPSS- 2 (Statistic Program for Social Sciences). Os resultados com diferença estatística foram anotados no texto.

Os resultados individuais de cada participante de ambos os grupos estão apresentados nos apêndices 3 e 4.

Para elaboração das tabelas, os dados foram analisados pelo programa SPSS e Excel.

5 RESULTADOS

Foram examinadas 30 crianças portadoras de hidrocefalia congênita (GPHC) de 2 a 6,5 anos, com média de idade de $3,8 \pm 1,4$ anos, sendo 43,5% (n=13) do gênero masculino e 56,5% (n=17) do gênero feminino formando o grupo de estudo (GPHC) e 34 crianças saudáveis de 2 a 6,6 anos, com a média de idade de $3,8 \pm 1,5$ anos, sendo 50% (n=17) do gênero masculino e 50% (n=17) do gênero feminino compondo o grupo controle (GC). A distribuição das crianças do GPHC e do GC por faixa etária e por gênero está apresentada na tabela 1. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudados.

TABELA 1 – Distribuição das crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC) por faixa etária e gênero.

Faixa Etária (anos)	GPHC: N (%)		GC: N(%)	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
02 - 03	9 (30)	10 (33)	6 (17,6)	7 (20,5)
03 - 04	1 (3,3)	2 (6,9)	4 (11,7)	4 (11,7)
04 - 05	2 (6,9)	1 (3,3)	3 (8,9)	0 (0)
05 - 06	1 (3,3)	1 (3,3)	3 (8,9)	3 (8,9)
06 - 07	0 (0)	3 (10)	1 (2,9)	3 (8,9)
Total	13 (43,5)	17 (56,5)	17 (50)	17 (50)

5.1 ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL

Com relação ao índice de sangramento gengival dos grupos estudados, foi observado que em 83% (n=25) das crianças do GPHC predominou a presença de gengivite (FIGURA 3), enquanto que nas crianças do GC observou-se a presença de gengivite em 16% (n=9), com diferença estatística entre os dois grupos quando aplicado o teste $\chi^2 = 28,25$ e $p < 0,05$ (TABELA 2).



Figura 3- Presença de sangramento gengival na unidade 73 e vista parcial de língua saburrosa em paciente portador de hidrocefalia congênita

TABELA 2 – Distribuição da presença de gengivite nas crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC)

Grupos	ISG – Gengivite	
	Gengivite Presente n(%)	Gengivite Ausente n(%)
GPHC	25 (83)	5 (17)
GC	9 (16)	25 (74)

$\chi^2 = 28,5$
 $p < 0,05$

Avaliando-se os grupos examinados em relação ao grau de gengivite, verificou-se que no GPHC houve predomínio de gengivite de grau moderado de 46% (n = 14), ao passo que no GC o percentual de gengivite moderada foi de 6% (n = 2). Salienta-se, ainda, que apenas as crianças do GPHC apresentaram gengivite de grau severo (TABELA 3).

TABELA 3 – Distribuição percentual das crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC) em relação ao Índice de Sangramento Gengival (ISG)

Grupos	ISG – Gengivite				
	Ausente n(%)	Leve n(%)	Moderada n(%)	Severa n(%)	Total n(%)
GPHC	5 (17)	8 (27)	14 (46)	3 (10)	30 (100)
GC	25 (74)	7 (20)	2 (6)	0 (0)	34 (100)

$\chi^2 = 28,5$
 $p < 0,05$

A tabela 4 mostra os resultados obtidos do ISG das crianças examinadas em função do gênero. Constata-se que a gengivite de grau moderado esteve presente em 47% (n=8) e 46% (n=6) dos GPHC dos gêneros feminino e masculino, respectivamente. Verifica-se, ainda, a

ausência de gengivite em 71% (n=12) e 76%(n=13) das crianças do grupo controle do gêneros feminino e masculino, respectivamente, sendo constatada a diferença estatisticamente significativa, aplicando-se o teste Qui-Quadrado ($\chi^2 = 8,97$) para o gênero feminino e o teste de Fischer (0,0018) para o masculino.

TABELA 4 – Distribuição do percentual das crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC) em relação ao Índice de Sangramento Gengival (ISG) de acordo com o gênero

ISG – Gengivite						
Gênero	Grupo	Ausente n (%)	Leve n (%)	Moderada n (%)	Severa n (%)	Total n (%)
Feminino	GPHC	3 (18)	5 (29)	8 (47)	1 (6)	17 (100)
	GC	12 (71)	4 (24)	1 (6)	0 (0)	17 (100)
Masculino	GPHC	2 (15)	3 (23)	6 (46)	2 (15)	13 (100)
	GC	13 (76)	3 (18)	1 (6)	0 (0)	17 (100)

$\chi^2 = 8,97$ calculado para o gênero feminino

p < 0,05

FISCHER = 0,0018 calculado para o gênero masculino

5.2 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL-SIMPLIFICADO

Considerando-se a condição de higiene bucal das crianças em ambos os grupos, observou-se que 50% (n=15) dos GPHC apresentaram higiene bucal regular, ao passo que 70,6% (n=24) das crianças do GC apresentaram higiene bucal boa, sendo constatada diferença estatística quando aplicado o teste Qui-Quadrado ($\chi^2 = 10,51$; p < 0,05). Ressalta-se que a higiene bucal péssima só foi observada nos pacientes do GPHC (20%; n = 6). (TABELA 5)

TABELA 5 – Distribuição percentual das crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC) em relação ao Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S)

IHO-S				
Grupos	Boa n (%)	Regular n (%)	Péssima n (%)	Total n (%)
GPHC	9 (30)	15 (50)	6 (20)	29,4 (100)
GC	24 (70,6)	10 (30)	0 (0)	34 (100)

$\chi^2 = 10,51$

P < 0,05

Referindo-se ao gênero das crianças dos grupos estudados (TABELA 6), verificou-se que a higiene bucal regular predominou em ambos os gêneros das crianças do GPHC e a

higiene bucal boa nas crianças do GC dos gêneros feminino e masculino, sendo encontrada diferença estatística utilizando o teste Qui-Quadrado ($\chi^2 = 4,25$; $p < 0,05$ e $\chi^2 = 6,26$; $p < 0,05$) para os gêneros feminino e masculino, respectivamente.

TABELA 6 – Distribuição percentual das crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC) em relação ao Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) em função do gênero

IHO-S					
Gênero	Grupo	Boa n (%)	Regular n (%)	Péssima n (%)	Total n (%)
Feminino	GPHC	5 (29)	9 (53)	3 (18)	17 (100)
	GC	11 (65)	6 (35)	0 (0)	17 (100)
Masculino	GPHC	4 (31)	6 (46)	3 (23)	13 (100)
	GC	13 (76)	4 (24)	0 (0)	17 (100)

$\chi^2 = 4,25$ calculado para o gênero feminino
 $p < 0,05$

$\chi^2 = 6,26$ calculado para o gênero masculino
 $p < 0,05$

5.3 ÍNDICE ceo-d

Abordando-se o índice ceo-d das crianças examinadas em ambos os grupos, constata-se na tabela 7 que as crianças portadoras de hidrocefalia congênita apresentaram maior percentual de dentes cariados (97,83%; $n = 45$) e nenhum dente obturado (0%; $n = 0$). Por outro lado, as crianças do grupo controle apresentaram menor percentual de dentes cariados (30,61%; $n = 15$), e maior percentual de dentes obturados (65,30; $n = 32$), sendo encontrada diferença estatística. Em relação ao componente extração indicada, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($t = -0,37$; $p = 0,70$). Ressalta-se que a média de ceo-d nos GPHC foi maior (1,53), do que nas crianças do GC (1,44), mas sem diferença estatística ($t = 0,16$; $p = 0,86$).

TABELA 7 – Distribuição percentual dos componentes e do total do índice de ceo-d das crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC)

Grupo	Dentes cariados* n (%)	Dentes com extração indicada n (%)	Dentes obturados n (%)	Ceo-d n (%)
GPHC	45 (97,83)	1 (2,17)	0 (0)	46(100)
GC	15 (30,61)	2 (4,08)	32 (65,30)	49(100)

*Teste t = 2,11

p = 0,03

Analisando-se os componentes cariados e obturados do índice ceo-d em relação ao gênero, observa-se na tabela 8 a inexistência de dentes obturados em ambos os gêneros do GPHC ao passo que 3,4% e 6,2% das crianças do GC dos gêneros feminino e masculino, respectivamente, apresentaram dentes obturados, perfazendo um total de 9,6%, sendo observada diferença estatisticamente significativa quando aplicado teste t ($t = 3,80$ e $p = 0,0006$ para o gênero feminino e $t = 3,40$ e $p = 0,002$ para o gênero masculino). Enfatiza-se que em relação ao número de dentes examinados, dentes hígidos e dentes cariados foi encontrada diferença estatística quando aplicado o teste t. Acrescenta-se que, em relação ao gênero, o tamanho da amostra inviabilizou a aplicação de teste estatístico para os dentes com extração indicada.

TABELA 8 – Distribuição das crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC) quanto ao número de dentes examinados, hígidos e os componentes ceo-d de acordo com o gênero

Grupo	Gênero	Dentes* Examinados n(%)	Dentes** Hígidos n(%)	Dentes*** Cariados n(%)	Dentes com Extração Indicada n(%)	Dentes **** Obturados n(%)
GPHC	Feminino	282 (100)	260 (92,2)	21 (7,5)	1 (0,3)	0 (0)
	Masculino	217 (100)	193 (89)	24 (11)	0 (0)	0 (0)
	Total	499 (100)	453 (90,8)	45 (9)	1 (0,2)	0 (0)
GC	Feminino	332 (100)	314 (94,5)	5 (1,5)	2 (0,6)	11 (3,4)
	Masculino	338 (100)	307 (90,8)	10 (3)	0 (0)	21 (6,2)
	Total	670 (100)	621 (93)	15 (2,1)	2 (0,2)	32 (4,7)

* Teste “t” = 3,80 e $p = 0,0006$ calculado para o gênero femininoTeste “t” = 3,40 e $p = 0,0020$ calculado para o gênero masculino** Teste “t” = 4,76 e $p = 0,000$ calculado para o gênero femininoTeste “t” = 4,33 e $p = 0,000$ calculado para o gênero masculino

*** Teste “t” = -2,25 e p = 0,03 calculado para o gênero feminino
 Teste “t” = -2,07 e p = 0,04 calculado para o gênero masculino
 **** Teste “t” = 3,80 e p = 0,0006 calculado para o gênero feminino
 Teste “t” = 3,40 e p = 0,0020 calculado para o gênero masculino

5.4 CRONOLOGIA DE ERUPÇÃO

Na análise dos dados acerca do número de dentes examinados, média e desvio padrão das crianças de ambos os grupos, foi observado que as crianças do GPHC apresentaram um menor número de dentes examinados (499) quando comparadas com as crianças do GC (670), revelando um atraso da erupção dentária nas crianças do GPHC, conforme demonstrado na tabela 9 e figura 4, sendo encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudados ($t = -4,5701$ e $p = 0,0000054$).

TABELA 9. Distribuição do número, média e desvio padrão dos dentes examinados das crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC) de acordo com a faixa etária

Grupo	Faixa etária	Nº de dentes Examinados	Média	Desvio Padrão
GPH C	2-7	499	17	3,56
GC	2-7	670	20	1,00

$t = -4,5701$
 $p = 0,0000054$



Figura 4- Vista frontal mostrando atraso da erupção dentária no portador de hidrocefalia congênita

A tabela 10 demonstra o número, a média e o desvio padrão dos dentes das crianças examinadas em relação ao gênero de ambos os grupos. Constata-se que os gêneros feminino e masculino do GPHC apresentaram um número menor de dentes em relação ao GC de ambos os gêneros, sendo constatada diferença estatisticamente significativa para o gênero feminino ($t = -4,25$ e $p = 0,000024$) e para o gênero masculino ($t = -4,70$ e $p = 0,0000032$).

TABELA 10 - Distribuição do número, média e desvio padrão dos dentes examinados das crianças do Grupo de Portadores de Hidrocefalia Congênita (GPHC) e do Grupo Controle (GC) de acordo com o gênero

Gênero	Grupo	Nº dentes examinados	Média	Desvio padrão
Feminino*	GPHC	282	17	3,57
	GC	332	20	1,33
Masculino**	GPHC	217	17	3,68
	GC	338	20	0,49

* $t = -4,25$ e $p = 0,000024$

** $t = -4,70$ e $p = 0,0000032$

5.5 ALTERAÇÕES DE LÍNGUA, LÁBIOS, FREIOS LABIAL E LINGUAL E PALATO

Quando avaliada a existência de alterações de língua, lábios, freios lingual e labial e palato, foi constatada a presença de língua saburrosa (FIGURA 3) e freio labial em 2 pacientes portadores de hidrocefalia congênita (gênero feminino), apenas em 1 paciente com alteração de freio lingual (gênero feminino) e 18 pacientes com palato atrésico, conforme ilustra a figura 5 (10 do gênero feminino e 08 do gênero masculino). No entanto, nas crianças do grupo controle foi constatado apenas a presença de palato atrésico em 6 crianças (4 do gênero feminino e 2 do gênero masculino).



Figura 5- Vista intra-bucal da arcada superior mostrando atresia de palato

6 DISCUSSÃO

Há unanimidade entre os autores Azevedo Filho e Azevedo (1997), Lima, Couto e Sá Filho (1984), Val Filho e Freire (2002) quando afirmaram que a hidrocefalia é definida como uma desordem que ocorre devido ao acúmulo de líquido cefalorraquidiano dentro dos ventrículos cerebrais, com conseqüente dilatação que resulta do desequilíbrio entre a produção e absorção de líquido e pode ser determinado por más-formações, processos inflamatórios. Referindo-se à incidência da hidrocefalia, Matushita e Almeida (1996) relataram que ocorre em 0,5 a 1,8/1000 nascidos vivos, enquanto para Mauad Filho et al. (1999) é de 0,12 a 2,5/1000. Por outro lado, Val Filho e Freire (2002) afirmaram que a incidência na população pediátrica é desconhecida em nosso meio. Considerando-se a hidrocefalia congênita a causa mais freqüente está associada à estenose do aqueduto de Sylvius em 2% dos casos (WISWELL; TUTTLE; NORTEAM, 1990) e em 46%, segundo Mauad Filho et al. (1999).

Em relação ao tratamento, Lima, Couto e Sá Filho (1984), Machado et al. (1990) relatam que o mais indicado é o tratamento cirúrgico por meio da DVA ou DVP.

Abordando-se a saúde bucal dos portadores de necessidades especiais, constatou-se na revisão da literatura, que é essencial uma maior atenção odontológica, com a participação do cirurgião-dentista devidamente preparado na equipe multidisciplinar para a realização de tratamento e, principalmente, para a prevenção de doenças bucais, como enfatizaram Vignehsa et al. (1991), Koch et al. (1992), Van Grunsven e Cardoso (1995), Bezerra e Toledo (1996), Desai, Messer e Calache (2001), Weddell et al. (2001) e Medeiros, Queiroz e Felício (2003), uma vez que esses pacientes recebem menos assistência odontológica devido, em parte, à falta de conhecimento e ao despreparo dos odontólogos na abordagem do paciente e acerca das conseqüências dos problemas dentários decorrentes das condições sistêmicas

(presenças de outras patologias associadas), tratamento (uso de válvulas) e medicações (uso de anticonvulsivantes) (VIGNEHSA et al., 1991; KOCH et al., 1992; TRULSSON; KLINGBERG, 2003).

Com relação aos portadores de hidrocefalia congênita, há concordância entre os autores Holt (1969), Schoenbaun, Gardener e Shiillito (1975), Vignehsa et al. (1991), Elias e Elias (1995) de que os cuidados com a saúde bucal devem ser maiores, uma vez que o tratamento de escolha é a derivação por interposição de válvulas, onde a infecção é uma complicação séria e comum, e caso haja necessidade de tratamento odontológico, Tesini e Fenton (1994), Toledo (1996), Corrêa (2001), Fourniol Filho e Facion (1998), Fonseca, Pianeti e Xavier (2002) foram unânimes ao afirmar que estes pacientes podem ser tratados no consultório odontológico com poucas alterações no protocolo de rotina.

Avaliando-se a condição gengival, verificou-se através da literatura consultada, que a gengivite está presente nas crianças saudáveis (Jahn; Jahn, 1997; Coutinho; Tostes; 1997; Cunha; Chambrone, 1998a, 1998b; Ferreira; Castilho; Silvério, 2001; Moraes; Valença, 2003), mas que a prevalência é maior nos portadores de necessidades especiais, de acordo com os estudos de Kaneko (1976), Vignehsa et al. (1991), Fiorati, Spósito e Borsatto (1999), Desai, Messer e Calache (2001) e Mitsea (2001), uma vez que esta doença está associada ao acúmulo de biofilme bacteriano, fato que está em concordância com o resultado da nossa pesquisa, que constatou a predominância de gengivite moderada nas crianças com hidrocefalia congênita e gengivite leve ou mesmo a ausência desta doença nas crianças saudáveis, sendo observada diferença estatística. Por outro lado, está em discordância com Souza, A. et al. (1997) que verificaram boa condição gengival nos pacientes portadores de necessidades especiais, mas concorda com Souza, V. et al. (1999) que verificaram boa condição gengival em crianças saudáveis.

Relacionando-se a condição gengival e o gênero das crianças examinadas, os resultados desta pesquisa mostraram que não existe diferença em ambos os grupos de crianças entre si, o que está em concordância com Cunha e Chambrone (1998a, 1998b); Taani (2002) e Moraes e Valença (2003), que também constataram a independência da gengivite em função do gênero.

A análise da condição gengival segundo a faixa etária foi inviável em virtude do tamanho da amostra. No entanto, torna-se importante ressaltar a concordância entre os autores Vignehsa et al. (1991), Fiorati, Spósito e Borsatto (1999), Ferreira, Castilho e Silvério (2001) quando afirmaram que a prevalência de gengivite aumenta com a idade, corroborando os estudos de Jahn e Jahn (1997), que afirmaram que a gengivite quando negligenciada pode evoluir para a idade adulta.

Analisando-se a condição de higiene bucal de crianças portadoras de necessidades especiais e crianças saudáveis, os estudos de Kaneko (1976), Shaw, Maclaurin e Foster (1986), Gugushe (1991), Vignehsa et al. (1991), Van Grunsven e Cardoso (1995), Resende, Castro e Abreu (1997), Souza, V. et al. (1999) e Mitsea (2001) comprovaram o pobre padrão de higiene bucal com alto acúmulo de biofilme bacteriano nos portadores de necessidades especiais.

Referindo-se aos portadores de hidrocefalia congênita, os resultados de nossa pesquisa demonstraram que a maioria destas crianças apresentou higiene bucal regular (50%), ao passo que Forrester, Carsten e Shurtleff (1966) constataram maior prevalência de higiene bucal péssima nestes pacientes. Gugushe (1991) e Vignehsa et al. (1991) acrescentaram que nos portadores de deficiência neuromotora, como ocorre nos pacientes com hidrocefalia congênita, o índice de biofilme bacteriano pode ser maior devido ao déficit de coordenação motora observado nos mesmos.

Estudando-se a saúde bucal de crianças portadoras de necessidades especiais e crianças saudáveis observou-se uma concordância dos autores Vignehsa et al. (1991), Koch et al. (1992), Van Grunsven e Cardoso (1995), Fourniol Filho e Facion (1998) e Mitsea (2001), que afirmaram a negligência com os portadores de necessidades especiais. Acrescentaram que a falta de cuidado regular, falta de motivação, pouca concentração e problemas de destreza manual tornam extremamente difícil para estas crianças a obtenção e a manutenção de um bom padrão de saúde bucal. Quando foi analisado o índice ceo-d das crianças examinadas, os resultados da nossa pesquisa revelaram que o índice foi de 1,53 nos portadores de hidrocefalia congênita e 1,44 nas crianças saudáveis, mas sem diferença estatisticamente significativa. Ressalta-se que foram observados valores similares em outros estudos realizados em pacientes portadores de necessidades especiais, como o de Shaw, Maclaurin e Foster (1986), que constataram um índice de ceo-d de 1,95 no grupo de pacientes portadores de necessidades especiais e 1,44 no grupo controle. Souza, A. et al. (1997) encontraram nos pacientes portadores de paralisia cerebral um índice de ceo-d de 1,21 para o gênero masculino e 1,40 para o gênero feminino.

Quando foi avaliado cada componente do índice ceo-d, verificou-se que o percentual dos dentes cariados foi maior nos portadores de hidrocefalia congênita (97,83%) do que nas crianças saudáveis (30,61), o que está em concordância com Kaneko (1976), Shaw, Maclaurin e Foster (1986), Pope e Curzon (1991), Vignehsa et al. (1991), Gugushe (1991), ZarZar e Rosenblatt (1999), Desai, Messer e Calache (2001), que verificaram este fato em crianças portadoras de outros tipos de necessidades. Em relação ao componente obturado, observou-se a ausência deste nos portadores de hidrocefalia congênita, como também foi verificado por Feitosa e Colares (2004), Mello e Antunes (2004) e Oliveira (2004) valores muito baixos de dentes obturados em crianças saudáveis, sugerindo a inexistência de atenção à saúde bucal em ambos os grupos de crianças. Por outro lado, na nossa pesquisa, constatou-se alto percentual

de dentes obturados nas crianças saudáveis (65,3), discordando de Parreira et al. (1984, 1985), Tomita et al. (1996), Arias, Brandão e Nogueira (1997) e Freire et al. (1999), que mencionaram menor número de dentes restaurados do que cariados em crianças saudáveis.

Considerando a cronologia de erupção, os dados coletados nesta pesquisa revelaram atraso de erupção dentária em 11 portadores de hidrocefalia congênita (TABELA 8) sendo tal fato também observado em pacientes com Síndrome de Down (Kaneko, 1976) e portadores de paralisia cerebral (Kaneko, 1976; Pope; Curzon, 1991; Corrêa, 2001).

Salienta-se que Dahlöf et al. (1987) observaram atraso de erupção das dentições decídua e permanente e odontoplasia regional num paciente portador de hidrocefalia congênita. Torna-se importante mencionar a escassez de dados na literatura consultada a respeito deste tema.

Quando foi avaliada a existência de alterações de língua, lábios, freios lingual e labial nas crianças de ambos os grupos, foi constatada nos portadores de hidrocefalia congênita a presença de língua saburrosa e freio labial persistente em dois pacientes e, apenas em um paciente alteração do freio lingual, o que está em discordância com Machado e Sampaio (1980), Lofredo e Machado (1983), Gonzaga, Costa e Oliveira (1999) e Bessa, Santos e Carmo (2002), que relataram a língua geográfica e língua fissurada como as alterações de língua mais freqüentes.

Referindo-se ao palato, foi verificado um número maior de atresia nos portadores de hidrocefalia congênita (n = 18) do que nas crianças saudáveis (n = 6). Este fato torna-se importante, tendo em vista que não há relatos anteriores na literatura pertinentes a este achado.

7 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos permitiram concluir que:

- A gengivite moderada predominou nos pacientes portadores de hidrocefalia congênita, ao passo que nas crianças do grupo controle predominou a ausência desta doença.
- Nas crianças portadoras de hidrocefalia congênita predominou o índice regular, enquanto que no grupo controle, predominou o índice de higiene oral boa.
- Não houve diferença estatisticamente significativa na prevalência da doença cárie dentária. No entanto, o índice ceo-d nos pacientes portadores de hidrocefalia congênita foi mais alto do que nas crianças do grupo controle, pois o número de dentes cariados foi estatisticamente maior nos pacientes portadores de hidrocefalia congênita em comparação às crianças do grupo controle e o número de dentes com extração indicada foi aproximado em ambos os grupos examinados.
- Os pacientes portadores de hidrocefalia congênita não apresentaram dentes obturados, sendo tal fato constatado nas crianças do grupo controle. A razão de não ter sido encontrado nenhum dente obturado nesses pacientes reflete a completa ausência de tratamento odontológico e a inexistência de métodos preventivos e de controle da doença cárie para os mesmos.
- Apenas os pacientes portadores de hidrocefalia congênita apresentaram atraso de erupção dentária, presença de língua saburrosa, freios lingual e labial anormais.

Em contrapartida, o palato atrésico foi observado nos dois grupos estudados, sendo maior no GPHC do que no GC.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. H. N. G, PAIXÃO, H. H.; REZENDE, V. L. S. Controle de placa bacteriana em portadores de deficiências físicas. Avaliação de pais e responsáveis. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v.35, n. 1 e 2, p 27-37, jan/jun e jul/dez, 1999.
- ACS, G.; COZZI, E. Antibiotic prophylaxis for patients with hydrocephalus shunts: a survey of pediatric dentistry and neurosurgery program directors. **J. Clin.**, v. 14, n.4, p. 246-50, July/Aug, 1992.
- ALBUQUERQUE, M. E. S. **Estudo da Topografia e da Morfologia do freio labial superior de crianças de 0 a 36 meses**. 1990. 57P. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- ARAÚJO, N. C. B. J. Prevalência de cárie dentária em crianças portadoras de Síndrome de Down na faixa etária de 0 a 60 meses. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.3, n.12 p.147-57, 2000.
- ARIAS, S. M. B, BRANDÃO, A. N. M., NOGUEIRA, A. S. S. Prevalência de cárie em bebês de 0 a 03 anos. **Rev RGO**, Porto Alegre, v. 45, 4.3, p. 163-69, mai./jun., 1997.
- AZEVEDO FILHO, H. R. C.; AZEVEDO, R. C. A. C. Hydrocephalus – concept, historical aspects, physiopathology, classification and evolution of the treatment. **Neurobiologia**, Recife, v. 60, n. 4, p. 133-40, out/dez, 1997.
- BESSA, C. F. N.; SANTOS, P. J. B.; CARMO, M. A. V. Prevalência de alterações de mucosa bucal em crianças de 0 a 12 anos. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.5, n.25, p.251-57, mai./jun., 2002.
- BEZERRA, A. C. B.; TOLEDO, O Atendimento odontológico para pacientes especiais. In: TOLEDO, O. A. **Odontopediatria: Fundamentos da prática clínica**. 2. ed. São Paulo: Editorial Premier, p. 295-318, 1996.
- BIJELLA, M. F. T. B.; BIJELLA, V. T.; FIGUEIREDO, M. C. Avaliação de um programa odontológico com bases educativa, preventiva e curativa, desenvolvida com pré-escolares durante 12 meses. **CECADE News**, v. 3, n.1-2, p. 25-8, 1993.
- BIZIAK, T. R.; SANTOS, M. T. B. R. Doença periodontal em portadores de paralisia cerebral. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 4, n.22, p. 512-16, nov/dez., 2001.
- BONDURANT, C. P.; JIMENEZ, D. F. Epidemiology of cerebrospinal fluid shunt. **Pediatr Neurosurg**, v. 23, p. 254-59, 1995.
- BRAHAM, R. L. Developmental anomalies of dentition – A Scientific review. **J. Clin. Pediatr. Dent.**, Chicago, v. 5, n. 1, p. 105-16, july, 1995.

CARDOSO, L.; ROSING, C. K.; KRAMER, P. F. Doença Periodontal em crianças: levantamento epidemiológico através dos índices de placa visível e de sangramento gengival. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 3, n. 11, p. 55-61, jan-fev., 2000.

CAVALCANTI, D. P.; SALOMÃO, M. A. Incidência de hidrocefalia congênita e o papel do diagnóstico pré-natal. **J. Pediatr.**, v. 79, n. 2 p. 135-40, 2003.

CORRÊA M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. 2 ed. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda. 652p. 2001.

COUTINHO, T. C.; TOSTES, M. A. Prevalência de gengivite em crianças. **Rev RGO**, Porto Alegre, v. 45, n. 3, p. 170-4, mai./jun., 1997.

CUNHA, A. C. P.; CHAMBRONE, L. A. Prevalência de gengivite em crianças. **Rev Periodontia**, v. 7 n. 1, p. 1-5, jan/abril, 1998a.

_____. Prevalência de gengivite em crianças de um nível social baixo. **Rev Periodontia**, v. 7, n.1, p.6-10, jan/abril, 1998b.

DAHLLÖF, G. et al. Concomitant regional odontodysplasia and hydrocephalus. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol**, v.63, n. 3, p. 354-7, Mar., 1987.

DESAI, M.; MESSER, L. B.; CALACHE, H. A study of the dental treatment needs of children with disabilities in Melbourne, Austrália. **Australian Dent**, v. 46, n. 1, p.41-50, 2001.

ELIAS, C.; ELIAS, R. Atenção odontológica aos pacientes especiais. **Rev RGO**, v. 33, n. 72, p. 67-70, mar./abr., 1995.

FEITOSA, S; COLARES, V. Prevalência de cárie em pré-escolares da rede pública de Recife, Pernambuco, Brasil, aos quatro anos de idade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 356-60, mar./abr., 2004.

FERGUSON, F. S.; HAUK, M. Solitary supernumerary primary canine. **J. Clin. Pediatric Dent**, Chicago, v. 16, n.6, p. 24-30, may, 1991.

FERREIRA, Z. A.; CASTILHO, C.; SILVÉRIO, M. B. Epidemiologia da doença periodontal em crianças e adolescentes. **Rev Paulista de Odontologia**, Ano XXIII, n. 5, p. 29-3, set./out., 2001.

FIORATI, S. M.; SPÓSITO, R. A.; BORSATO, M. C. Prevalência de cárie dentária e doença periodontal em pacientes com paralisia cerebral. **J Bras Odontopediatria Odontol Bebê**, Curitiba, v. 2, n.2, p. 455-58, mar/abr, 1999.

FONSECA, L. F.; PIANETTI, G.; XAVIER, C. C. **Compêndio de Neurologia Infantil**. Medsi. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, p. 849-54, 2002.

FORRESTER, D. J.; CARSTENS, N. K.; SHURTLEFF, D. B. Craniofacial configuration of hydrocephalic children. **J. Am. Dent. Assoc.**, v.72 , n.6 , p. 1399-404, jun , 1966.

FOURNIOL FILHO, A.; FACION, J.R. Deficiência mental. In: **Pacientes especiais e a odontologia**. São Paulo: Santos, 2. ed. p.339-75, 1998.

FREIRE, M. C. M. et al. Prevalência de Cárie e necessidades de tratamento em escolares de 6 a 12 anos da rede pública de ensino. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, p. 385-90, 1999.

GLAVAN, P. P. C.; SILVA, R. H. Prevalência e localização de Hipodontias em crianças. **RGO**, v. 3 n. 4, p. 232-4, jul./ago., 1995.

GONZAGA, H. F. S.; COSTA, C. A. S.; OLIVEIRA, M. R. B. Estudo da prevalência da língua fissurada em escolares de Araraquara. **Rev. Odontol UNESP**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 339-46, jul./dez., 1994.

GREENE, J. C.; O VERMILLION, J. R. The simplified oral hygiene index. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 68, p. 7-13, jan., 1964.

GRUEBBEL, A. O. A measurement of dental caries prevalence and treatment services for deciduous teeth. **J. Dent. Res.**, v.23, p.163-8, 1944.

GUEDES – PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 6 ed. São Paulo: Livraria Editora Santos, p. 19-40 e 1071-108, 1998.

GUGUSHE, T. S. Dental caries experience and periodontal status of handicapped institutionalised black high school pupils in Soshanguve, Pretoria. **J. Dent. Assoc.**, Africa, v. 46, p. 67-9, feb., 1991.

HATTAB, F. N.; YASSIN, O. M.; RAWASSHDEEH, M. A. Supranumerary teeth; report of three cases and review of the literature. **ASDC J. Dent Child**, Baltimore, v. 61, n. 6, p. 382-93, sept./dec., 1994.

HEINSBERGEN, I. et al. Outcome un shunted hydrocephalic children. **Eur J Pediatr Neurol**, v. 6, p. 99-107, 2002.

HOLT, R. The Classification of Staphylococcus from colonized ventrículo-atrial shunts. **J. Clin. Path.**, v. 22, p. 475-82, 1969.

JAHN, M. R; JAHN, R. S. Fique atento: Criança também tem gengivite. **Rev APCD**. v. 51, n.4, p. 355-8, ago., 1997.

KANEKO, Y. Oral condition of the institutionalized severe handicapped children. **Bull Tokyo Dent. Coll.**, v. 17 n. 1 p. 27-44, feb., 1976.

KOCH, G.; MOODER, T.; POULSEN, S.; RASMUSSEN, P. **Odontopediatria – Uma abordagem clínica**. 1 ed. Livraria Editora Santos, cap. 18 e 19, 1992.

LEITE, J. C. G.; RIBEIRO, R. A. Dental caries in the primary dentition in public nursery school children in Juiz de Fora-MG, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 1-9, jul./set., 2000.

LEITE, T. A. et al. Cárie dental e consumo de açúcar em crianças assistidas por creches públicas. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 13-8, jan./mar., 1999.

LIMA, J. M. B.; COUTO, B. A. M.; SÁ FILHO. Aspectos genéticos das principais má-formações congênitas do sistema nervoso central. **Rev. Bras. Neurol.**, v. 20, n. 1, p. 11-20, 1984.

LIMA, M. G. C.; DUARTE, R. C. Prevalência dos defeitos do esmalte em crianças com baixo peso ao nascer na faixa etária de 06 a 72 meses na grande João Pessoa. **J J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.2, n. 10, p. 459-67, 1999.

LÖE, H.; SILNESS, J. Periodontal disease in pregnancy, prevalence and severity. **Acta Odontol Scand**, v. 21, p. 533-51, 1963.

LOFREDO, L. C. M.; MACHADO, J. A. C. Prevalência da língua geográfica, língua fissurada e glossite rombóide mediana, em escolares de Ibaté-SP, 1980. **Rev Odont UNESP**, São Paulo, v. 12, n. 112, p. 71-5, 1983.

LOPES, W. C.; NASCIMENTO, Z. C. Pacientes com distúrbios sistêmicos na clínica odontológica. **Robrac.**, v. 6, n. 18, p. 29-34, 1996.

MACDERMOT, K. D, BUCKLEY, B; VAN SOMEREN, V. Osteopenia, abnormal dentition, hydrops fetalis and communicating hydrocephalus. **Clin Gent**, Munksgoord, v. 48, p. 217-20, 1995.

MACHADO, H.R. et al. Hidrocefalia Infantil – Resultados tardios em 102 pacientes e importância da Neurosonografia. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 82-90, 1990.

MACHADO, J. A. C.; SAMPAIO, J. C. A. Prevalência da língua geográfica, língua fissurada y glossitis rômbrica mediana em niños escolares del município de Araraquara, Brasil. **Rev. ALAFO**, v. 15, n. 1, p. 15-8, 1980.

MARTINS, A.L.C.F. et al. Erupção Dentária – Dentes decíduos e sintomatologia desse processo. In.: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. 2. ed. São Paulo: Livraria Santos, p. 117-29, 2001.

MATUSHITA, H.; ALMEIDA, G. M. M. Hidrocefalia congênita. In: DIAMENT, A.; CYPEL, S. **Neurologia Infantil**. 3.ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 1352p., 1996.

MAUAD FILHO, F. et al. Hidrocefalia, **FEMINA**, v. 27, n. 3, p. 279-82, abril, 1999.

MEDEIROS, A. S; QUEIROZ, A. M.; FELICIO, C. N. Dificuldades alimentares em pacientes portadores de paralisia cerebral-Revisão de literatura. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 5, n.24, p. 131-36, mar./abr., 2002.

MELLO, T. R. C.; ANTUNES, J. L. F. Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetininga, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 3, p. 1-13, mai/jun., 2004.

MENDES, S. et al. The health oral status from Riacho Doce Project School Matriculated. **Rev Paranaense de Odontologia**, v. 1, n. 2, p. 1-6, jul./dez., 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Coordenadoria de saúde bucal. **Escolares da rede pública e privada – 6 a 12 anos, 26 Estados e o Distrito Federal; 1120 escolares examinados por capital; 30240 escolares examinados no Brasil**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. **Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal-Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

MITSEA, A. Oral health in Greek children and teenagers, with disabilities. **J. Clin Pediatric Dent.**, v. 26, p. 111-8. 2001.

MORAES, E. S.; VALENÇA, A. N. G. Prevalência de Gengivite e Periodontite em crianças de 3 a 5 anos na cidade de Aracaju-SE. **Cienc. Odontol. Bras.**, v. 6, n. 4, p. 87-94, out./dez., 2003.

MUGAYAR, L. R. F. **Pacientes portadores de necessidades especiais**. 1. ed. Pancast: São Paulo, p. 185-93, 2000.

O' DONNELL, D. The special needs patient treatment in general practice: Is it feasible? **Internat Dent J.**, v. 46, n.46, p.315-19, 1996.

OLIVEIRA, C. **Influência das preferências pelo sabor doce e do senso de coerência na prevalência de cárie dentária em pré-escolares do município de Aracaju-SE – Relação entre mães e filhos**. 2004. 115p. Tese (Doutorado) – Universidade de Pernambuco, Pernambuco.

PAES, N. Hidrocefalia. In: PEREIRA, C. U. **Neurocirurgia Pediátrica**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, Ltda, p. 11-7, 2000.

PARREIRA, M. L. J. et al. Prevalência do índice ceo em escolares de níveis sócio-econômicos diferenciados: Estudo estatístico. **Arq. Cent. Est. Cur. Odont.**, v. 21/22 n. 2/1, p. 25-42, 1984/85.

PATTISAPU, J. V. Etiology and clinical course of hydrocephalus, In: LUCIANO, M.G. Hydrocephalus Neurosurgery. **Dent Clin North Am**, Philadelphia: W. B. Saunders Company, v. 36, n.4, p. 651-9, oct., 2001.

POMARICO, L. et al. Saúde bucal em crianças com e sem necessidades especiais: percepções e atitudes dos responsáveis. **RBO**, v. 60, n. 3, p. 174-7, mai./jun., 2003.

POPE, J. E. C; CURZON, M. E. J. The dental status of cerebral palsy children. **J. Clin. Pediatr Dent**, v. 13, n. 3. p.156 – 62, may/june, 1991.

POULSEN, S.; EPELIO, S; KREIBORG, S. Exames clínicos e radiográficos. In.: KOCK, G.; MOODEER, T.; POULSEN, S.; RASMUSSEN, P. **Odontopediatria: uma abordagem clínica**. Tradução: Suzana Zamataro. 2. ed. Santos: São Paulo. p. 78-91, 1995.

RANSOHOFF, J.; SHULMAN, K.; FISHMAN, R. A. Hydrocephalus – A review of etiology and treatment. **J. Pediatr.**, New York, v. 56, n. 3, p. 399-411, march, 1960.

RESENDE, V. L., CASTRO, W. H, ABREU, M. H. N. G. Uma proposta de atendimento odontológico a pacientes com distúrbios neuropsicomotores. Apud: ENCONTRO DE PESQUISA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFMG. 1997, Belo Horizonte. **Arg. Cent. Est. Curso de Odontologia**. Belo Horizonte, v. 5, p.65. 1997.

SANTOS, V. I. M. et al. Estudo da prevalência dos diferentes tipos de freio labial superior na dentição decídua. **Rev. Fac. Odont.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 129-35, 1985.

SCHMITD, M. G. Pacientes especiais portadores de deficiência neuropsicomotora. In.: CÔRREA, M. S. N. P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. 2ed. Santos: São Paulo. p. 645-33, 2001.

SCHOENBAUN, S. C.; GARDNER, P.; SHILLITO, J. Infections of cerebrospinal fluid shunts: epidemiology, clinical manifestations and therapy. **J. Infect Dis**, v. 131, n. 5, p. 543-52, may, 1975.

SERRATINE, A. C. P. et al. Prevalência de cárie dentária em crianças de 19 a 31 meses de idade, matriculadas em Creches Publicas e Particulares em Itajaí, S. C. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 6, n. 32, p.311-5, 2003.

SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. **Tratado de Patologia Bucal**. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, cap. 1, p. 2-79, 1987.

SHAW. L.; MACLAURIN, E. T.; FOSTER, T. D. Dental study of handicapped children attending special school in Birmingham, UK. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 14, p. 24-7, 1986.

SHI, S et al. The investigation and analysis of congenital abnormalities in deciduous teeth of 10.804 preschool children. **J. Clin. Pediatr Dent**, Tokyo, v. 3, n.1, p. 1-5, july, 1993.

SHYAMA, M. et al. Supervised toothbrushing and oral health education program in Kuwait for children and Young adults with Down Syndrome. **Spec Care Dentist.**, v.23, n.3, p.94-9, 2003.

SILVA FILHO, C. F. et al. Prevalência de cárie e performance de escovação em escolares do Rio de Janeiro. **RBO**, v. 58, n. 5, p. 336-9, set./out., 2001.

SOUZA, V. F. et al . Estudo da prevalência de cárie dentária e outras condições de saúde em Escolares de 6 a 14 anos de Coutos-Salvador/Bahia. **Rev da Faculdade de Odontologia da UFBA**, v.18, jul/dez., 1999.

SOUZA, A. L. et al. Saúde bucal de pacientes portadores de necessidades especiais com paralisia cerebral. **Rev. Paraense de Odontologia**, v. 2, n.1, p.11-8, jan/jul. 1997.

TAANI, D. Q. Relationship of socioeconomic background to oral hygiene, gingival status, and dental caries in children. **Quintessence Int**, v.33, n.3, p. 195-8, 2002.

TESINI, D. A.; FENTON S. J. Oral health needs of persons with physical or mental disabilities. **Dent Clin North Am**, v. 38, n. 3, p. 483-498, July, 1994.

TOLEDO, O. A. **Odontopediatria** – Fundamentos para a prática clínica. 2ed. São Paulo: Panamericana, 1996.

TOMITA, N. E et al. Prevalência de cárie dentária em crianças de faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 413-20, 1996.

TRINDADE, C. P.; GUEDES PINTO, A. C. Prevalência de gengivite em crianças de 3 a 5 anos na fase de dentadura decídua. **RPG Rev. Pós-Graduação**, v. 9, n.3, p. 219-23, jul/set., 2002.

TRULSSON, U.; KLINGBERG, G. Living with a severe orofacial handicap: experiences from the perspectives of parents. **Eur. J. Oral Sci**, v.111, p.19-25, 2003.

VAL FILHO, J. A. C.; FREIRE, A. M. Hidrocefalia. In: FONSECA, L. F.; PIANETTI, G.; XAVIER, C. C. **Compêndio de Neurologia infantil**, Cap. 66, MEDSI. Rio de Janeiro: Ed. Médica e Científica Ltda, p. 817-22, 2002.

VAN GRUNSVEN, M. F; CARDOSO, E. B. T. Atendimento odontológico em crianças especiais. **Revista da APCD**, v. 49, n.5, set./out., 1995.

VIGNEHSA, H. et al. Dental health of disabled children in Singapore. **Australian Dent J.**, v. 36, n. 2, p. 151-156, 1991.

WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê**. São Paulo: Artes Médicas, p. 45-72, 1996.

WEDDELL, J. A.; SANDERS, B. J.; JONES, J. E. Problemas dentários da criança deficiente. In: MC DONALD, R. E.; AVERY, D. R. **Odontopediatria**. 7ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 413-35, 2001.

WEYNE, S. C. A construção do paradigma de promoção de saúde – um desafio para as novas gerações. In: KRIEGER, L. et al. **ABOPREV: Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, p. 1-26, 1997.

WISWELL, T. E; TUTTLE, A.; NORTEAM, S. Major congenital neurologic malformations. **AJDC**, v.144, p.61-7, 1990.

YONEZU, T. et al. Prevalence of congenital dental anomalies of the deciduous dentition in Japanese children. **Bull Tokyo Dent. Coll**, Chiba, v. 38, n. 1, p. 27-32, feb., 1997.

ZARZAR, P. M. P. A.; ROSENBLATT, A. A. Beneficência e atenção odontológica às crianças portadoras da Síndrome de Down na Cidade de Recife. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 35, n.1 e 2, p.39-49, jan./jun. e jul./dez., 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: Avaliação das condições estomatológicas em pacientes portadores de hidrocefalia congênita.

PESQUISADORA: MARIA AUXILIADORA SILVA PEREIRA CRO/SE: 0864

O (A) SENHOR(A) DEVE ASSINAR NO FINAL SE ESTIVER DE ACORDO EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA.

A justificativa e objetivo de pesquisa

Procurando contribuir para que se conheça melhor as alterações bucais, em pacientes portadores de hidrocefalia congênita foi elaborado o presente projeto de pesquisa que será realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe e no Hospital Governador João Alves Filho. Será feito exame da boca.

O seu filho (a) está sendo convidado (a) a fazer parte deste estudo que vai ser importante para melhorar o entendimento por parte dos profissionais de saúde sobre as condições da saúde bucal dos pacientes portadores de hidrocefalia congênita. Caso concorde, permitirá que realizemos o exame da boca do seu filho.

Os procedimentos que serão utilizados

Para estudarmos as condições bucais os pacientes portadores de hidrocefalia congênita faremos exames da boca do seu (sua) filho (a).

Os exames serão feitos pela manhã ou pela tarde.

O (A) senhor(a) deverá fazer seu filho(a) em um dia de sua conveniência ao Hospital Universitário ou ao Hospital Governador João Alves Filho.

Faremos evidenciação de placa bacteriana dos dentes utilizando um corante a base de fucsina, escovação dos dentes, inspeção visual dos dentes, exames da gengivas, da oclusão e dos movimentos da boca (abrir e fechar).

Caso o senhor(a) autorize realizaremos também fotografias do seu (sua) filho(a) para elaboração de trabalhos científicos, apresentação em seminários, jornadas e congressos e a publicação em revistas e periódicos odontológicos, porém a sua identificação não será revelada.

Os desconfortos e riscos esperados

Quais são os riscos dos exames? Praticamente não há riscos. Os exames que realizaremos é igual ao que um dentista faz em uma consulta de rotina. Não utilizaremos nenhuma medicação e nenhum procedimento cirúrgico. Apenas seu (sua) filho(a) bochechará um corante sem cheiro e que não causa dor para ajudar evidenciar placas bacteriana. Este corante não é medicamento e não causa alergia. Os dentes após o uso do corante ficarão com uma coloração que poderá variar do vermelho ao roxo, mas será removida com a escovação que realizaremos durante o exame. Está escovação será feita com o creme dental de uso rotineiro.

Os benefícios que se pode obter

Quais os benefícios que se pode ter? Como vamos fazer estes exames em pacientes portadores de hidrocefalia congênita iremos estudar e compreender as possíveis alterações estomatológicas que podem ocorrer, bem como contribuir e manter a saúde bucal desses pacientes.

Todos os dados pessoais e resultados deste estudo serão tratados de maneira estritamente confidencial e sempre por pessoas autorizadas para este projeto.

Fica resguardado o seu direito como responsável pelo paciente, de recusar de participar do estudo em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo ao seu atendimento nestas instituições.

Declaro ter explicado e detalhado o projeto de pesquisa descrito acima, ao

Sr(a) _____

Aracaju, ____ de _____ 2003.

Maria Auxiliadora Silva Pereira

Declaro ter entendido as explicações sobre o estudo "Avaliação das Condições Estomatológicas em Pacientes Portadores de Hidrocefalia Congênita."

Concordo livremente em participar do estudo, podendo desistir em qualquer momento sem prejuízo do atendimento do meu (minha) filho(a) nestas Instituição.

Assinatura ou Impressão dactiloscópica do responsável legal.

Número da Carteira de Identidade: _____

Testemunhas: _____

C.I. _____

C.I. _____

OSERVAÇÃO: Documento em duas vias, uma para o responsável pelo paciente, outra para o pesquisador responsável.

APÊNDICE 3: RESULTADOS INDIVIDUAIS DO GRUPO DOS PORTADORES DE HIDROCEFALIA CONGÊNITA.

Paciente	Sexo	Idade	Dentes cariados	Extração indicada	Dentes obturados	Ceo-d	Nº de dentes examinados	IHO-S		ISG			Alterações Encontradas
								Valor	Classific.	Gengivite	Valor	Grau	
1	F	2a 1m	4	0	0	4	16/12	2,6	Péssima	Sim	3,0	Severa	A. Atresiado / E.Retardada
2	F	3a	0	0	0	0	10/10	3,0	Péssima	Sim	2,2	Moderada	Erupção Retardada
3	F	2a 8m	0	0	0	0	10/10	0,0	Boa	Não	---	----	Arco Atresiado
4	F	2a 7m	0	0	0	0	12/12	1,3	Boa	Não	---	----	Arco Atresiado
5	F	2a 4m	0	0	0	0	12/12	0,8	Boa	Não	---	----	
6	F	3a	0	0	0	0	20/20	0,16	Boa	Sim	0,7	Leve	
7	F	5a	0	1	0	1	20/19	1,6	Regular	Sim	0,8	Leve	
8	F	5a 3m	3	0	0	3	20/17	1,6	Regular	Sim	2,05	Moderada	Arco Atresiado
9	F	3a 1m	0	0	0	0	16/16	1,6	Regular	Sim	2,25	Moderada	Arco Atresiado
10	F	3a 5m	0	0	0	0	20/20	1,3	Boa	Sim	1,3	Leve	Arco Atresiado
11	F	2a	6	0	0	6	16/10	1,8	Regular	Sim	2,62	Moderada	
12	F	6a 6m	4	0	0	4	20/16	1,6	Regular	Sim	1,7	Leve	
13	F	2 ^a 8d	0	0	0	0	16/16	2,6	Péssima	Sim	2,05	Moderada	Hipopla../A.Atresiado/E.Retardada
14	F	2 ^a 5m	0	0	0	0	16/16	1,8	Regular	Sim	2,0	Moderada	
15	F	2 ^a 1m	2	0	0	2	16/14	1,8	Regular	Sim	2,0	Moderada	
16	F	6 ^a 7m	2	0	0	2	20/18	1,8	Regular	Sim	1,02	Leve	Arco Atresiado
17	F	6 ^a 6m	0	0	0	0	20/20	1,6	Regular	Sim	2,0	Moderada	Arco Atresiado
18	M	2a 1m	0	0	0	0	16/16	2,0	Regular	Sim	2,0	Moderada	Arco Atresiado
19	M	3a	2	0	0	2	20/18	1,2	Boa	Não	---	----	A. Atresiado / E.Retardada
20	M	2a	0	0	0	0	10/10	1,0	Boa	Sim	0,8	Leve	
21	M	4a 8m	0	0	0	0	20/0	2,0	Regular	Sim	1,85	Leve	
22	M	5a 3m	10	0	0	10	20/10	2,0	Regular	Sim	2,05	Moderada	Arco Atresiado
23	M	2a 3m	0	0	0	0	14/14	1,8	Regular	Sim	2,5	Moderada	Arco Atresiado
24	M	2a 4m	0	0	0	0	12/12	0,4	Boa	Sim	0,66	Leve	A. Atresiado / E.Retardada
25	M	2a 11m	5	0	0	5	17/12	2,6	Péssima	Sim	2,05	Moderada	Hipoplasia / A. Atresiado
26	M	2a	0	0	0	0	12/12	0,8	Boa	Não	--	--	
27	M	4 ^a 9m	3	0	0	3	20/17	2,6	Péssima	Sim	4,0	Severa	Hipoplasia / A. Atresiado
28	M	3 ^a 5m	0	0	0	0	20/20	2,0	Regular	Sim	2,09	Moderada	
29	M	2 ^a 2m	0	0	0	0	16/16	1,6	Regular	Sim	2,09	Moderada	Hipoplasia / E.Retardada
30	M	3 ^a	4	0	0	4	20/16	2,9	Péssima	Sim	4,0	Severa	

APÊNDICE 4: RESULTADOS INDIVIDUAIS DAS CRIANÇAS SAUDÁVEIS – GRUPO CONTROLE.

Paciente	Sexo	Idade	Dentes cariados	Extração indicada	Dentes obturados	Ceo-d	Nº de dentes examinados/hígidos	IHO-S		ISG			Alterações Encontradas
								Valor	Classific.	Gengivite	Valor	Grau	
1	F	3ª2m	0	0	2	2	20/18	1,6	Regular	Sim	0,8	Leve	
2	F	2ª5m	0	0	0	0	20/20	2	Regular	Sim	1,3	Leve	
3	F	2ª8m	0	0	0	0	20/20	1,1	Boa	Não	--	--	Arco Atresiado
4	F	3ª6m	0	0	2	2	20/18	1,0	Boa	Não	--	--	
5	F	2ª3m	0	0	0	0	16/16	1,8	Regular	Sim	1,3	Leve	Arco Atresiado
6	F	3ª9m	0	0	1	1	20/19	0,3	Boa	Não	--	--	
7	F	6ª6m	3	0	0	3	20/17	1,1	Boa	Não	--	--	
8	F	3ª3m	0	0	0	0	20/20	0,3	Boa	Não	--	--	
9	F	6ª4m	0	2	0	2	20/18	0,8	Boa	Não	--	--	Arco Atresiado
10	F	6ª3m	0	0	2	2	20/18	0,6	Boa	Não	--	--	
11	F	5ª8m	2	0	0	2	20/18	2,0	Regular	Sim	2,03	Moderada	
12	F	5ª5m	0	0	2	2	20/18	0,66	Boa	Não	--	--	
13	F	5ª10m	0	0	2	2	20/18	1,5	Boa	Não	--	--	
14	F	2ª7m	0	0	0	0	20/20	0,3	Boa	Não	--	--	Arco Atresiado
15	F	2ª1m	0	0	0	0	20/20	1,3	Boa	Não	--	--	
16	F	2ª4m	0	0	0	0	20/20	1,7	Regular	Não	--	--	
17	F	2ª1m	0	0	0	0	16/16	1,6	Regular	Sim	1,3	Leve	
18	M	2ª4m	0	0	0	0	20/20	0,5	Boa	Não	--	--	Arco Atresiado
19	M	2ª11m	0	0	2	2	20/18	1,1	Boa	Não	--	--	
20	M	2ª2m	0	0	0	0	20/20	0,6	Boa	Não	--	--	
21	M	4ª2m	0	0	0	0	20/20	0,8	Boa	Não	--	--	
22	M	2ª1m	1	0	0	1	18/17	1,5	Boa	Não	--	--	
23	M	2ª11m	0	0	0	0	20/20	1,5	Boa	Não	--	--	
24	M	3ª10m	0	0	0	0	20/20	1,3	Boa	Sim	1,05	Leve	
25	M	4ª3m	0	0	2	2	20/18	1,6	Regular	Não	--	--	
26	M	3ª4m	2	0	2	4	20/16	2,0	Regular	Sim	1,8	Leve	A.Atresiado/Hipoplasia
27	M	5ª8m	0	0	6	6	20/14	1,5	Boa	Não	--	--	
28	M	2ª11m	7	0	0	7	20/13	2,4	Regular	Sim	2,62	Moderado	
29	M	4ª5m	0	0	0	0	20/20	1,3	Boa	Não	--	--	
30	M	5ª6m	0	0	4	4	20/16	1,8	Regular	Sim	1,02	Leve	
31	M	3ª2m	0	0	0	0	20/20	1,0	Boa	Não	--	--	
32	M	6ª5m	0	0	0	0	20/20	1,3	Boa	Não	--	--	
33	M	3ª6m	0	0	0	0	20/20	1,0	Boa	Não	--	--	
34	M	5ª5m	0	0	5	5	20/15	1,1	Boa	Não	--	--	

ANEXOS

ANEXO 1 – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE.
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
CAMPUS DA SAÚDE PROF. JOÃO CARDOSO NASCIMENTO JR
Rua Cláudio Batista S/N –prédio CCBS/HU - Bairro Sanatório
CEP: 49060-100 Aracaju -SE – Fone: (79) 218-1805
E-mail: cephu@ufs.br

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o Projeto de Pesquisa **“AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES ESTOMATOLÓGICAS EM PACIENTES PORTADORES DE HIDROCEFALIA CONGÊNITA”**, sob a orientação da **Prof. Dr. Carlos Umberto Pereira**, tratando-se do Ante-projeto para o Mestrado em Ciências da Saúde, de **Maria Auxiliadora Silva Pereira**, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe - CEP/HU, em reunião realizada dia **07/05/2004**.

Aracaju, 10 de Maio de 2004.


Prof. Dr. Manoel Herminio de Aguiar Oliveira
Coordenador do CEP/HU/UFS

ANEXO 3 – CARTÃO DE VACINAÇÃO



Cartão da Criança

Nome da criança

Nome da mãe

Nome do pai

Endereço

Cidade/Estado

Telefone

CEP

Local de referência

Data de Nascimento

Local

Comprimento (cm)

Peso em (gramas)

Perímetro cefálico (cm)

Apgar 5'

Tipo do parto

Normal

Fórceps

Cesárea

Observações