

• U C •

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Área de Medicina Dentária

**Pacientes com Necessidades Especiais de Atendimento
em Medicina Dentária**

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Aluna: Mariana Clara Fonseca da Bárbara

Orientadora: Mestre Ana Luísa Moreira Costa

Co-orientadora: Dra. Sara Maria Fonseca da Rosa

Coimbra, 2012

ÍNDICE

RESUMO	3
1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS.....	7
3. MATERIAIS E MÉTODOS	7
4. RESULTADOS	8
5. DISCUSSÃO.....	14
6. CONCLUSÃO.....	24
7. AGRADECIMENTOS	24
8. BIBLIOGRAFIA.....	25
9. ANEXOS.....	30

RESUMO

Introdução: Os pacientes com necessidades especiais de atendimento são todos aqueles cujas condições médicas, físicas, de desenvolvimento, comportamentais, emocionais ou outras de alguma forma limitantes, impliquem uma abordagem clínica diferenciada. Estas condições, adquiridas ou de desenvolvimento, podem limitar ou mesmo impedir a realização de atividades diárias básicas facto que, juntamente com o cumprimento de medicação crónica e alterações do padrão dietético, poderá condicionar o estado da cavidade oral, com risco acrescido de desenvolver patologia oral. Uma vez que estes pacientes apresentam inerentes limitações físicas e/ou distúrbios psicológicos torna-se necessário adotar medidas diferenciadas de controlo comportamental, objetivando uma melhoria de cooperação durante a consulta de Medicina Dentária, contribuindo para o sucesso das intervenções.

Objetivos: Estabeleceram-se dois objetivos principais: sublinhar quais as estratégias mais efetivas e eventuais limitações na abordagem destes pacientes na consulta de Medicina Dentária, particularmente crianças, tendo por base uma revisão da literatura; paralelamente, efetuar uma caracterização multiparamétrica da população seguida na “Consulta de sedação consciente” dos CHUC, nomeadamente aspetos demográficos, relacionados com a patologia, tipo de tratamento e de abordagem comportamental efetuados.

Metodologia: Para a pesquisa bibliográfica, efetuada na PubMed e complementada com consulta manual, adotaram-se como limites: anos de publicação de 2005 a 2012, línguas inglesa e portuguesa e resumo disponível, tendo sido usadas as palavras-chave: “special needs” AND “pediatric dentistry”; “special needs” AND “oral health”; “special needs” AND “conscious sedation”. Complementarmente, foi levada a cabo uma consulta dos registos clínicos de 1997-2012, selecionados aleatoriamente, em número significativo, registados e analisados os dados considerados relevantes em Microsoft Excel™, para posterior análise descritiva. Todos os requisitos éticos foram cumpridos.

Resultados: Da pesquisa inicial resultaram 563 referências, após eliminação de duplicados, 511; selecionando-se, com base nos critérios de inclusão, 71 publicações (1 meta-análise, 1 revisão sistemática, 19 revisões simples de literatura, 18 *guidelines* e 32 estudos do tipo observacional); foram ainda consultados, através de pesquisa manual e incluídos por referência cruzada, 1 livro e 8 guias práticos. No respeitante ao trabalho complementar, através da análise descritiva dos 348 registos clínicos consultados foi possível verificar que a amostra era maioritariamente constituída por indivíduos do sexo masculino, com uma média de idades de 31,8 ($\pm 15,8$) anos, provenientes essencialmente da região Centro. Tratavam-se, na maioria dos casos, de pacientes com atraso do desenvolvimento, epilepsia, paralisia cerebral, autismo e Síndrome de Down, coexistindo outros tipos quadros clínicos,

menos frequentes. A abordagem dos mesmos teve por base o recurso a técnicas medicamentosas de controlo comportamental (sedação consciente com protóxido de azoto/midazolam), tendo sido sobretudo efetuados, com base na patologia oral manifestada, extrações dentárias, tratamentos profiláticos e restauradores.

Conclusões: O risco potencialmente acrescido de desenvolver patologias orais pode induzir, de forma mais ou menos significativa, condicionantes em termos de qualidade de vida, sociais, familiares, económicas e, inclusivamente, na já de base comprometida, saúde geral. Desta forma, exige-se uma monitorização oral contínua destes indivíduos, planificada de forma especializada, com recurso, sempre que exigido, a técnicas de abordagem individual de controlo comportamental e de reabilitação, devidamente enquadradas no âmbito de atuação multidisciplinar exigido.

Palavras-chave: “special needs”; “oral health”; “pediatric dentistry”; “conscious sedation”

ABSTRACT

Introduction: Patients with special health care needs are those with any medical, physical, developmental, behavioral, emotional or other limiting condition that requires a specialized clinical approach. These conditions may be acquired or developmental and they may limit or even restrain daily self-maintenance activities, which along with hypothetically chronicle medication and dietary changes, may strongly affect the oral cavity. Since these patients have inherent physical limitations and/or psychological disorders, it becomes necessary to adopt different measures of behavioral control, objectifying an improvement of cooperation during the dental consultation, contributing to the success of interventions.

Objective: There were established two main objectives: to underline the most effective strategies and possible limitations in dealing with these patients, particularly children, in dental consultation based on a literature review; alongside, to make a multiparametric characterization of the population followed in the "Conscious sedation consultation" of CHUC, including demographic aspects, related to their pathology, type of treatment and behavioral management techniques carried out.

Methods: For the literature review, conducted in PubMed and supplemented with manual query, there were adopted as limits: publication years from 2005 to 2012, in English and Portuguese, and abstract available, using the keywords: “special needs” AND “pediatric dentistry”; “special needs” AND “oral health”; “special needs” AND “conscious sedation”. In

addition, the authors carried out a consultation of the medical records from 1997-2012, randomly selected, in significant number, and the data considered relevant were recorded and analyzed in Microsoft Excel™ for further descriptive analysis. All ethical requirements were met.

Results: The initial search resulted in 563 references; after the elimination of duplicates 511 references remained; based on the application of inclusion criteria, there were selected 71 publications (1 meta-analysis, 1 systematic review, 19 simple review of the literature, 18 guidelines and 32 observational studies); there were also consulted, through manual research and included by cross references, 1 book and 8 practical guides. Concerning the complementary work, through the descriptive analysis of 348 consulted clinical records, it was possible to verify that the sample was mainly composed of males, with an average age of 31.8 (\pm 15.8) years, mainly from the Central region. In most cases, there were patients with developmental delay, epilepsy, cerebral palsy; autism and Down syndrome, there were other less frequent coexisting clinical conditions. Their approach was based upon the use of pharmacological behavioral management techniques (conscious sedation with nitrous oxide/midazolam), having been essentially performed, based on the manifested oral pathology, dental extractions, prophylactic and restorative treatments.

Conclusions: The potentially increased risk of developing oral diseases can induce, in a more or less significant way, constraints in terms of quality of life, social, family and economic aspects, and even in the already compromised general health. Therefore, it is required a continuous, planned and specialized oral care of these individuals, using individualized behavioral and rehabilitation techniques, properly fitted in the required multidisciplinary scope of action.

Keywords: “pediatric dentistry”; “special needs”; “oral health”; “conscious sedation”

1. INTRODUÇÃO

Os pacientes com necessidades especiais de atendimento são todos aqueles cujas condições médicas, físicas, de desenvolvimento, comportamentais, emocionais ou outras de alguma forma limitantes, impliquem uma abordagem clínica diferenciada. Estas condições, adquiridas ou de desenvolvimento, podem limitar ou mesmo impedir a realização de atividades diárias básicas (a higiene oral, por exemplo), facto que, juntamente com a hipotética medicação crónica e alterações do padrão dietético, condicionam o estado da cavidade oral. É, por norma, exigida assistência médica contínua, multidisciplinar, com um acréscimo relevante em termos despesas de saúde⁽¹⁻⁷⁾.

Existe um conjunto de distúrbios e/ou patologias que se enquadram nas necessidades de cuidados especiais de atendimento podendo agrupar-se, de forma sistematizada, em dois subgrupos: distúrbios psíquicos ou sensoriais e patologias sistémicas^(2, 3, 5-10).

Os cuidados de saúde oral assumem um carácter essencial nestes pacientes uma vez que podem apresentar uma maior suscetibilidade a diferentes patologias orais. São diagnosticadas frequentemente lesões de cárie dentária, fraturas dentárias, doença periodontal, perdas dentárias precoces, atrasos na erupção, má oclusão e bruxismo^(3, 5-7, 11).

O carácter progressivo e cumulativo de grande parte destas patologias orais conduz, não raras vezes, a quadros de dor, infeção, limitação funcional e estética, com condicionantes óbvias também em termos de interação social e qualidade de vida. Verifica-se uma influência bidirecional em algumas destas situações, isto é, existem reflexos a nível oral das patologias sistémicas, mas o inverso é também constatado^(5, 7, 8, 11, 12). Desta forma, o estabelecimento precoce de cuidados de saúde oral, desejável em qualquer indivíduo mesmo sem patologia associada, torna-se particularmente relevante perante esta necessidade de cuidados particulares^(5, 13). Lamentavelmente, existem várias barreiras que dificultam o acesso ao tratamento dentário; estas limitações podem estar associadas à organização do sistema de saúde, aos pais/cuidadores ou entidades responsáveis, aos próprios indivíduos, ao Médico Dentista e, ainda, aos custos inerentes aos tratamentos^(3, 6, 14). Outras barreiras, como a comunicação no geral, e a expressão verbal em particular, determinadas considerações psicossociais e culturais (crenças, experiências prévias de tratamentos dentários), estruturais (acessibilidade, absentismo escolar e laboral), também podem, de alguma forma, condicionar o sucesso das intervenções clínicas^(3, 5, 11, 13).

Outro ponto importante a ter em conta relaciona-se com o controlo comportamental, facto que poderá constituir um verdadeiro desafio para o Médico Dentista. Na maioria dos

casos, e tratando-se de crianças, estas podem ser controladas com a ajuda dos pais/cuidadores e da equipa médica, tornando-se viável a abordagem convencional em ambiente de consultório. Noutros casos, porém, quando as técnicas de controlo tradicionais não são adequadas ou possíveis de colocar em prática, há que ponderar outro tipo de abordagem. A contenção física, o recurso a diferentes técnicas de sedação ou mesmo o tratamento sob anestesia geral devem ser equacionados ^(5, 15).

2. OBJETIVOS

Tendo em mente a complexidade, crescente procura e dificuldade em termos de resolução clínica estabeleceram-se dois objetivos neste trabalho:

a) Sublinhar quais as estratégias mais efetivas e eventuais limitações na abordagem preventiva e curativa destes pacientes, tendo por base uma revisão da literatura dando resposta às seguintes questões:

. Quais as principais patologias de que são portadores os pacientes com necessidades especiais de atendimento em Medicina Dentária?

. Quais as alterações de saúde oral mais prevalentes nestes pacientes?

. Quais as considerações gerais a ter em conta na abordagem destes pacientes na consulta de Medicina Dentária?

b) Caracterizar complementarmente, de forma descritiva, a população seguida na “Consulta de sedação consciente” do CHUC através da consulta dos respetivos registos clínicos, no que diz respeito a aspetos demográficos, principais patologias, tipos de tratamento e tipo de abordagem em termos de controlo comportamental.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Para a pesquisa bibliográfica, efetuada na PubMed/Medline e complementada com consulta manual, adotaram-se como critérios de inclusão: anos de publicação de 2005 – 2012, publicações em língua inglesa e portuguesa, resumo disponível (e respetivo conteúdo científico), tendo sido usadas as palavras-chave: “special needs” AND “pediatric dentistry”; “special needs” AND “oral health”; “special needs” AND “conscious sedation”. A pesquisa inicial foi efetuada em Dezembro de 2011 e atualizada em Maio de 2012.

Quanto à caracterização da “Consulta de sedação consciente” do CHUC, foram analisados pela autora (também anotadora), após cumprimento dos requisitos éticos exigidos e obtidas as autorizações necessárias (Anexos 1 e 2), de forma aleatória e em número significativo (75% do total), os registos clínicos referentes aos anos de 1996-2012. Os dados foram inseridos numa tabela em Microsoft Excel™ 2010, para posterior análise descritiva (Anexo 3).

4. RESULTADOS

Revisão da literatura

Da pesquisa inicial, obtida apenas por conjugação das palavras-chave obtiveram-se 563 referências e, após eliminação de duplicados, 511. Uma vez aplicados os critérios de inclusão selecionaram-se 71 publicações (1 meta-análise, 1 revisão sistemática, 19 revisões simples de literatura, 18 *guidelines* e 32 estudos do tipo observacional); foram ainda consultados, através de pesquisa manual e referências cruzadas, 1 livro e 8 guias práticos.

No que concerne às questões formuladas no âmbito dos objetivos deste trabalho, os resultados provenientes da literatura incluída na pesquisa foram os seguintes:

. Quais as principais patologias de que são portadores os pacientes com necessidades especiais de atendimento em Medicina Dentária?

Após análise da literatura reconhecem-se várias patologias passíveis de inclusão neste grupo, subdivididas basicamente em: a) distúrbios psíquicos ou emocionais e b) patologias sistémicas. A listagem é numerosa: distúrbios neurológicos, psicológicos, paralisia cerebral, distúrbios músculo-esqueléticos, distúrbios sensoriais, anomalias craniofaciais, doenças oncológicas, distúrbios cognitivos, variadas síndromes e patologias sistémicas ^(2, 3, 6, 8-10). Mais concretamente, do âmbito dos distúrbios neurológicos fazem parte os atrasos do desenvolvimento psicomotor, epilepsia, espinha bífida, distúrbios do espectro do autismo, doenças degenerativas, doenças infecciosas como a meningite, entre outras. Dos distúrbios psicológicos fazem parte a fobia, ansiedade, hiperatividade e depressão. As anomalias craniofaciais mais comuns são as fendas palatinas com ou sem lábio leporino, craniossinostoses e microsomia hemifacial. Quanto às síndromes, as principais referências vão para a Síndrome de Down, Síndrome do X frágil, Síndrome fetal alcoólico, Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Treacher-Collins, apenas para citar alguns. Nas patologias

sistémicas, igualmente numerosas, o destaque vai para a diabetes *mellitus*, determinadas cardiopatias congénitas, fibrose quística, asma e hemofilia ^(2, 3, 6, 8-10, 16-18).

. Quais as alterações de saúde oral mais prevalentes nestes pacientes?

A revisão de literatura permitiu realçar que todas estas patologias e condições sistémicas, associadas a fatores locais desfavoráveis (alterações da função salivar, má oclusão, higiene oral deficiente) podem levar a um maior risco de desenvolvimento de patologias orais, destacando-se a cárie dentária e a doença periodontal ^(3, 6, 11, 19, 20). Segundo Crall, 2007, estes pacientes apresentam maior prevalência de lesões de cárie dentária não tratadas comparativamente à restante população, maior prevalência de distúrbios periodontais (em relação direta com a acumulação de placa bacteriana), trauma orofacial e de hábitos parafuncionais (bruxismo) ⁽⁶⁾. Altun *et al.*, num estudo de 2010 visando pacientes com diferentes patologias, puderam concluir que eram os pacientes portadores de Síndrome de Down que apresentavam um índice cpo (dentição decídua) mais elevado; já em relação à dentição permanente, eram os pacientes com atraso mental que apresentavam um maior índice CPO ⁽⁷⁾. Também Nelson *et al.*, 2011 referem, como patologias mais prevalentes, lesões de cárie e fraturas dentárias, bruxismo e acumulação de tártaro ⁽³⁾. Já na revisão sistemática publicada em 2010 por Anders *et al.*, é referido que são os pacientes com distúrbios cognitivos que apresentam níveis superiores de placa bacteriana, consequência de uma deficiente higiene oral, refletindo-se este aspeto, de forma marcada, na ocorrência de lesões periodontais; contudo, e segundo os mesmos autores, parecem não existir diferenças significativas no que diz respeito às lesões de cárie ativas podendo, inclusivamente, ser até menos prevalentes, facto explicado pelo tratamento prévio destas lesões ou mesmo pelos cuidados dietéticos (sobretudo nos indivíduos institucionalizados). É, ainda, referido nesta revisão sistemática que são realizadas, por norma, nestes pacientes, mais extrações dentárias do que restaurações ⁽¹¹⁾.

Também os defeitos de esmalte e a erosão dentária parecem ser achados relativamente comuns ^(8, 19). Deste leque de patologias orais fazem ainda parte, a mucosite, ulcerações orais, infeções oportunistas, traumatismos orofaciais e o bruxismo ^(6, 8, 19).

. Quais as considerações gerais a ter em conta na abordagem destes pacientes na consulta de Medicina Dentária?

A *American Association of Pediatric Dentistry*, bem como o *National Institute of Dental and Craniofacial Research* sugerem uma série de recomendações a ter em conta particularmente na abordagem destes pacientes ^(5, 20). De uma forma geral, através de um primeiro contacto estabelecido, normalmente via telefone, torna-se possível aferir alguns dados sobre o paciente, nomeadamente se será necessário tempo alargado de consulta, algum equipamento especial ou mesmo pessoal auxiliar adicional ^(5, 19). A elaboração exaustiva e atualização permanente da história clínica são muito importantes na decisão de adoção de medidas específicas (se justificadas), por forma a minimizar os potenciais riscos de agravamento da condição médica do paciente. Deste registo deve constar o historial de doença atual, outras condições ou patologias associadas, médicos assistentes, hospitalizações e cirurgias prévias, experiência anterior com anestesia, medicação de rotina, alergias conhecidas, antecedentes familiares e eventuais dados recentes relativos ao hemograma. Deve, igualmente, incluir a experiência prévia em consultas de Medicina Dentária, tipos de tratamentos efetuados e técnica de controlo comportamental utilizada. Todas estas informações permitirão estabelecer um plano de tratamento individualizado ^(5, 10, 19, 21).

É fundamental avaliar o nível cognitivo e, desejavelmente, estabelecer contacto verbal, ainda que muitas vezes seja necessário recorrer a alternativas não-verbais. Na maioria dos casos, os acompanhantes constituem uma importante mais-valia, facilitando a comunicação e fornecendo informações complementares. Em algumas ocasiões pode, no entanto, ser necessária a ajuda de profissionais especializados para facilitar a comunicação, como nas situações em que o paciente apresenta limitações auditivas ^(5, 10, 15, 19, 20).

Paralelamente, e sobretudo perante condições com comprometimento geral grave, há que determinar o momento “oportuno” ou mais favorável de intervenção, minimizando o nível de complicações; assim, e a título de exemplo, o Médico Dentista deverá possuir informações sobre o nível de controlo glicémico, determinados parâmetros hematológicos, sobre a necessidade de efetuar profilaxia antibiótica previamente à intervenção, entre outros, dados muitas vezes obtidos através da comunicação direta com a equipa médica multidisciplinar que, por norma, segue estes pacientes ^(5, 9, 22, 23).

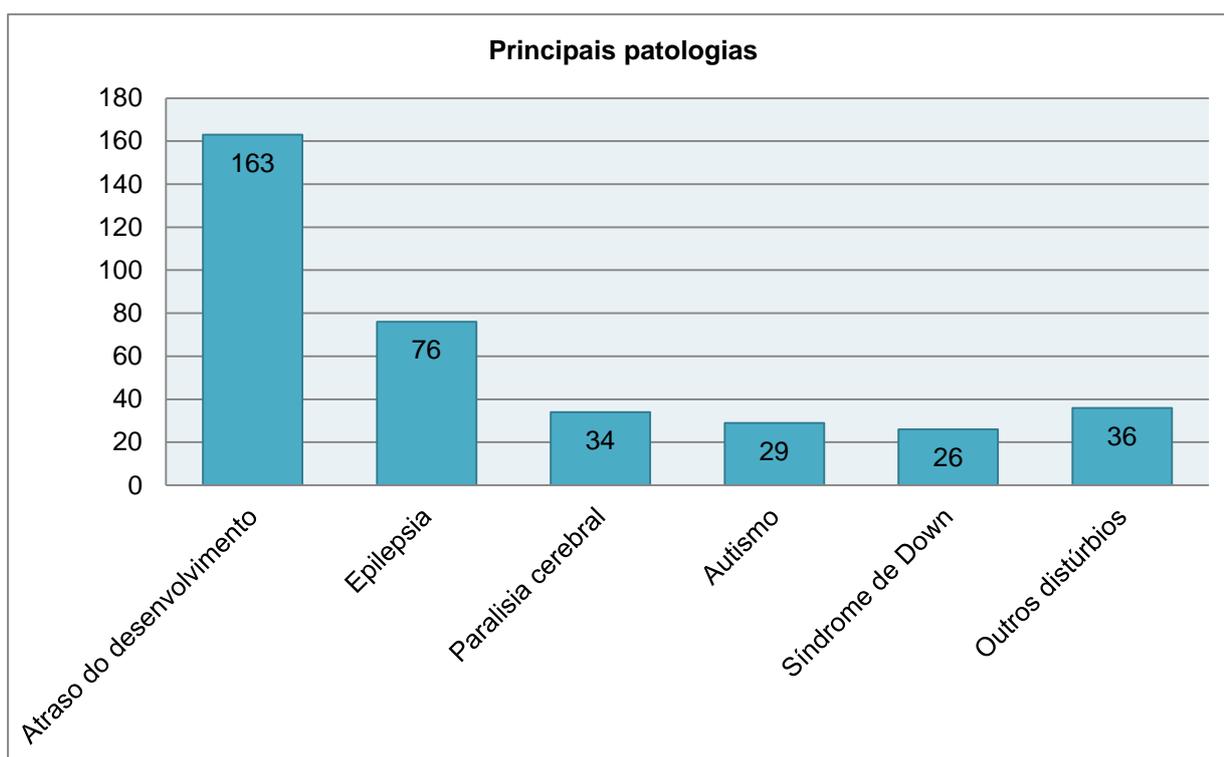
Trabalho complementar

Os resultados de caracterização da “Consulta de sedação consciente” do CHUC encontram-se na tabela e gráficos abaixo apresentados. A tabela I define globalmente a amostra.

Tabela I – Caracterização geral da amostra

Variáveis	Resultados
Número total de processos	459
Número total de processos consultados	348
Número de processos com dados incompletos	25
Sexo ♂	198
Sexo ♀	150
Média de idades (\pm dp) (em anos)	31,8 (\pm 15,8)
Idade do paciente mais novo/ velho (em anos)	7/ 94
Proveniência geográfica (Norte/ Centro/ Sul)	9/ 331/ 2
Número de pacientes não submetidos a qualquer tratamento	57
Encaminhamento: anestesia geral, Hospital Pediátrico, Cirurgia Maxilo-Facial	51

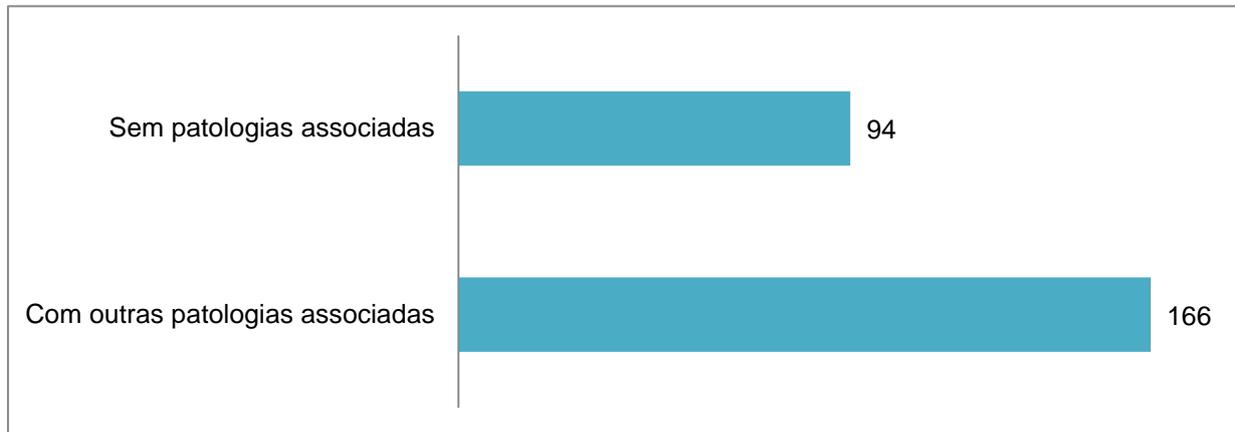
Gráfico I – Prevalência das principais patologias encontradas



As patologias mais prevalentes foram: atraso do desenvolvimento (n=163), epilepsia (n=76), paralisia cerebral (n=34), autismo (n=29, dos quais 1 correspondente ao Síndrome de Rett) e Síndrome de Down (n=26). No grupo “Outras distúrbios” (n=36, dos quais 3 correspondem ao Síndrome do X frágil; 2 ao Síndrome de Angelman, Síndrome Poliformativo e Síndrome de Lennox-Gastaut; 1 caso de cada um dos seguintes Síndromes:

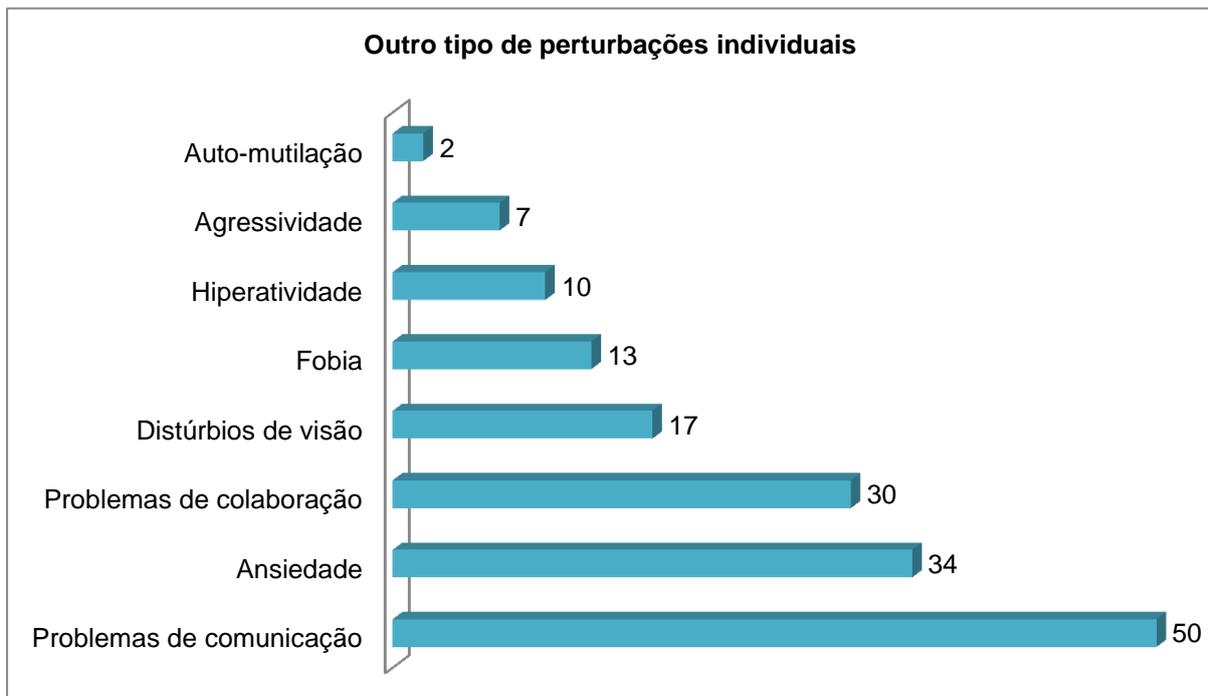
Williams, Alport, Turner, Mardeu Walker, Cornelia de Lange, West, Costello, Collins, Lesch-Nyhan. Incluídos ainda oligofrenia (n=7), alterações cromossômicas (n=6), dos quais 1 corresponde a Hipomelanose de ITO e fenda palatina e/ou lábio leporino (n=5).

Gráfico II – Coexistência eventual de patologias paralelas à patologia principal



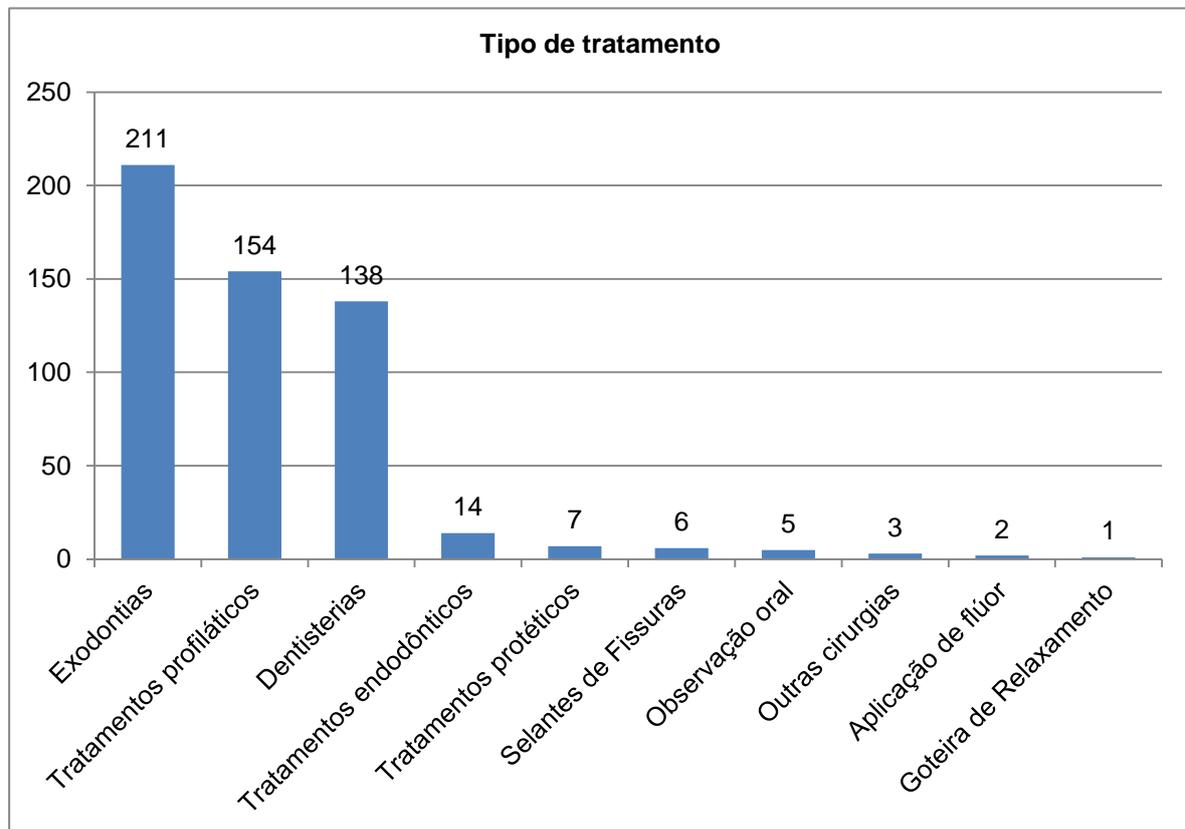
Com patologias associadas à principal (listadas no Gráfico I) foram contabilizados 166 pacientes, verificando-se uma maior prevalência de patologia cardiovascular, neurológica, gastrointestinal, respiratória e endócrina; em 94 indivíduos não houve referência de coexistência de outras patologias.

Gráfico III – Outras considerações a valorizar nos pacientes especiais incluídos na amostra



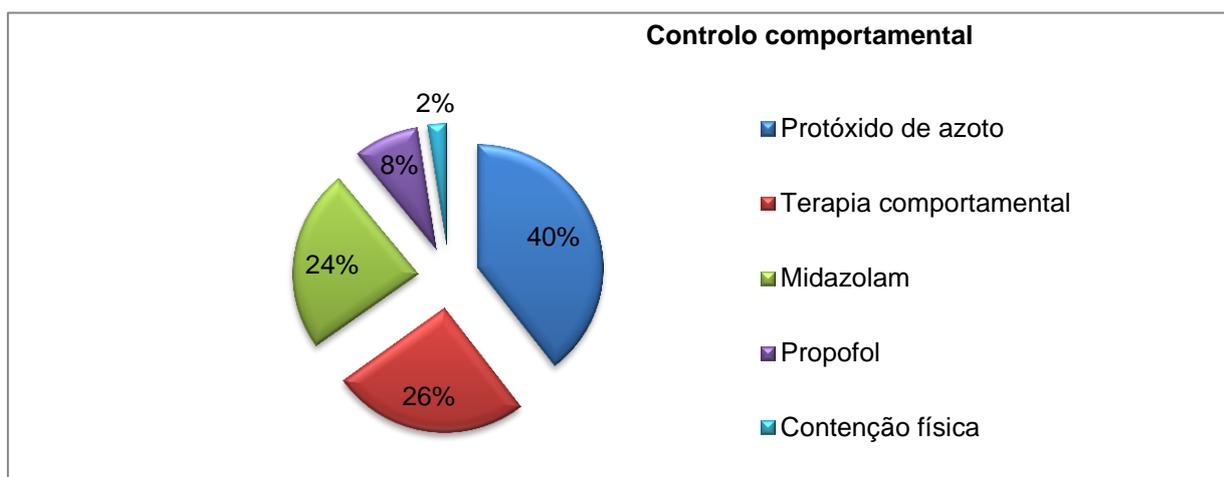
Registaram-se, adicionalmente, distúrbios de comunicação (n=50), ansiedade (n=34), difícil colaboração (n=30), distúrbios visuais (n=17), fobia (n=13), hiperatividade (n=10), agressividade (n=7) e auto-mutilação (n=2).

Gráfico IV – Caracterização por tipo de tratamento dentário efetuado



Quanto aos tratamentos dentários a que foram submetidos estes pacientes com base na patologia apresentada destacam-se as exodontias em 211 pacientes (39%), higienizações em 154 (28%) e tratamentos restauradores em 138 (26%). Com menor frequência foram efetuados tratamentos endodônticos, tratamentos protéticos, selantes de fissuras, aplicações tópicas de fluoretos, goteiras de relaxamento, observação oral simples e outras cirurgias (excisão de espícula de osso, nódulo e quisto gengival).

Gráfico V – Tipo de abordagem de controlo comportamental empregue



O tipo de abordagem utilizado com maior frequência para o controlo comportamental foi o protóxido de azoto intranasal (40% dos pacientes), muitas vezes associado ao sevoflurano (anestésico sob a forma de vapor), seguido de terapia comportamental em 26%, o midazolam intranasal em 24%, o propofol endovenoso em 8% e a contenção física em 2%.

5. DISCUSSÃO

Ao contrário do que acontecia há umas décadas atrás, atualmente mais de 90% das crianças que sofrem de doenças ou deficiências graves sobrevivem até à idade adulta; algumas destas patologias, até então fatais, passaram a ser crónicas e, de alguma forma, melhor controladas ^(14, 24). Uma vez que estes distúrbios tendem a manifestar-se precocemente, ainda durante a infância e a adolescência, uma grande parte da população que necessita de cuidados especiais de saúde são crianças ^(5, 14).

Qualquer uma das condições que têm vindo a ser referidas encerra especificidades que obrigam a intervenções igualmente diferenciadas. Neste trabalho, e uma vez que não seria possível desenvolver todas estas condições, far-se-á menção particular às mais referenciadas na literatura consultada e aquelas que mais frequentemente foram atendidas na “Consulta de sedação consciente” do CHUC. Através da análise dos processos da mesma verificou-se que a maioria dos pacientes tratados é portadora de atraso do desenvolvimento, epilepsia, paralisia cerebral, autismo e Síndrome de Down, corroborando o que se encontra descrito na literatura revista. Contudo, é importante referir que, em alguns dos casos, o diagnóstico não se encontrava perfeitamente estabelecido ou era, de facto,

inconclusivo; nestas situações, apenas se enumeraram nos registos as características clínicas apresentadas.

O **atraso do desenvolvimento** foi, pois, a patologia mais referenciada na “Consulta de sedação consciente” do CHUC. Como o próprio nome indica, refere-se a pacientes que não conseguem atingir determinados marcos do desenvolvimento na idade média definida para a população em geral. Pode ser um atraso no desenvolvimento motor e/ou intelectual, eventualmente associado a inúmeras patologias, como a paralisia cerebral, o autismo e a Síndrome de Down ⁽²⁵⁻²⁸⁾. Apresentam, muitas vezes, problemas de comportamento, aliados ao medo e à ansiedade, podendo mesmo ser agressivos ^(25, 26, 28). Como forma de tentar contornar estas características é necessário criar um ambiente amigável e agradável desde a sala de espera até ao consultório e fazer consultas de dessensibilização. As consultas devem ser curtas com reforço positivo permanente perante os objetivos atingidos. As técnicas de imobilização devem ser usadas apenas em último recurso. Também as frequentes dificuldades visuais e de comunicação devem ser contornadas através da criação de empatia com o paciente, da explicação dos procedimentos com uma linguagem acessível, do uso de imagens e demonstrações (em vídeo e fotografias, por exemplo) ⁽²⁵⁻²⁸⁾.

Com frequência apresentam problemas motores e de coordenação dos movimentos, pelo que devem ser mantidas passagens amplas para livre circulação. Devem ser pesquisados sinais da existência de movimentos involuntários ou posturais. Se o paciente se desloca em cadeira de rodas mas pode ser atendido na cadeira dentária, é importante averiguar quais os métodos diários que utilizam para fazer essa transição de uma forma mais suave. Observar os movimentos do paciente e estar atento à sua intensidade e frequência podem ajudar a antecipar a ocorrência de movimentos involuntários. O Médico Dentista deve posicionar-se atrás do paciente para facilitar o apoio da cabeça e colocar uma mão sobre a mandíbula para ajudar à estabilização. Há que atender ao facto destes pacientes poderem desenvolver crises convulsivas durante o tratamento ^(25, 26).

A **epilepsia** é um distúrbio neurológico crónico comum basicamente devido a disfunção cerebral transitória, podendo estar relacionado com problemas genéticos, do desenvolvimento ou sem causa conhecida ⁽²⁹⁻³²⁾. Afeta, em média, cerca de 1-3% da população, embora se estime que uma percentagem mais elevada possa desenvolver pelo menos um episódio de epilepsia durante a vida; nas crianças com idades inferiores a 5 anos, verifica-se uma ocorrência mais marcada ^(29, 31). É diagnosticada quando ocorrem pelo menos duas crises convulsivas não estimuladas. Uma convulsão pode ser parcial, se a descarga elétrica for localizada a uma área do cérebro, ou generalizada – tónico-clónicas, atónicas, mioclónicas – se afetar todo o córtex cerebral; se acompanhadas de perda de

consciência, estas crises são complexas ^(29, 31). O tratamento atual deste distúrbio visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes através da eliminação das crises convulsivas e da redução dos efeitos secundários da medicação ^(29, 31).

Ao nível da saúde oral, influenciada nestes casos pelos efeitos das crises convulsivas e da medicação de rotina, destaca-se a hiperplasia gengival, comprometimento do fluxo salivar, estomatites, fraturas dentárias, abrasão, halitose para além, obviamente, de cárie dentária. Verifica-se ainda que nos pacientes com convulsões tónico-clónicas ocorrem mais frequentemente lesões por mordilhamento da língua e lesões traumáticas ^(29, 31).

O Médico Dentista deve ter conhecimento acerca de todos os cuidados adotados perante a ocorrência de uma crise convulsiva, nomeadamente: retirar todos os objetos que estão ao alcance do paciente; correto posicionamento da cadeira o mais próximo possível do chão; não segurar forçadamente o paciente durante a crise; não colocar qualquer instrumento dentro da cavidade oral; contabilizar a duração da crise e suas manifestações (se superior a 3 minutos ou se o paciente ficar cianótico solicitar ajuda por parte da emergência médica); ponderar a necessidade de administração de oxigénio/medicação. Uma vez terminada a crise, deve ser feita uma avaliação do estado de consciência do paciente, bem como inspecionar a existência de possíveis lesões ⁽³⁰⁻³²⁾. O tratamento dentário deverá ser adiado e o paciente apenas poderá ser dispensado quando estiver consciente e sob os cuidados de outra pessoa ⁽³¹⁾.

A **paralisia cerebral** engloba um conjunto de perturbações permanentes no desenvolvimento motor e postural, com limitações da atividade atribuídas a distúrbios não progressivos que ocorrem no cérebro fetal ou infantil ainda em desenvolvimento. Os distúrbios motores da paralisia cerebral são frequentemente acompanhados por distúrbios sensoriais, de perceção, cognição, comunicação e comportamento, por epilepsia e problemas músculo-esqueléticos secundários ⁽³³⁻³⁸⁾. De acordo com o tipo de comprometimento motor classifica-se em espástica, discinética, atáxica e mista ⁽³⁷⁻⁴⁰⁾.

Os movimentos involuntários e um acentuar dos reflexos primários são comuns nestes pacientes, o que poderá dificultar o normal decurso da consulta; conseguem controlar-se estes movimentos mantendo um ambiente de consulta calmo e relaxante. Observar e perceber o padrão de ocorrência permite antecipar as suas direções e intensidade; tentar impedir a sua ocorrência pode aumentar a sua intensidade. Perante tremor dos braços ou pernas é importante exercer pressão firme, mas cuidada, nos mesmos. A cabeça do paciente deve ser estabilizada com suavidade e, caso necessário, alterar a sua posição lentamente. Sempre que possível o tratamento deve ser levado a cabo na cadeira dentária, numa posição confortável e que não impeça o tratamento, tendo o

cuidado para não colocar forçadamente os seus membros em posições não favoráveis. As consultas devem ser curtas, com períodos de pausas, podendo considerar-se o uso de relaxantes musculares em consultas mais longas ⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

Embora a paralisia cerebral englobe, muitas vezes, a existência de problemas mentais, alguns pacientes não apresentam qualquer comprometimento intelectual. A percepção do nível de compreensão do paciente e das suas capacidades intelectuais permite adequar a explanação dos procedimentos a realizar a um nível que o mesmo consiga entender. Para isso, podem ser usadas demonstrações e linguagem clara e simples, estando atento a qualquer sinal de comunicação por parte do paciente. Manter sempre o mesmo ambiente de consultório e a mesma equipa ajuda a aumentar a cooperação destes pacientes ^(39, 40). À semelhança do descrito anteriormente para a epilepsia, também nestes pacientes as crises convulsivas podem ocorrer durante a consulta, pelo que é importante aferir qual a sua frequência, quais os desencadeantes e formas de controlo habituais ^(39, 40).

Ao nível da saúde oral, destaca-se a incidência de bruxismo, disfagia, ausência de controlo da salivação, má-oclusão, trauma, higiene oral deficiente, cárie dentária e doença periodontal ^(35, 37, 39-42). A doença periodontal está relacionada sobretudo com a deficiente higiene oral, incapacidade motora, má-oclusão e tipo de medicação. O acrescido risco de cárie dentária pode dever-se a deficiente higiene oral, respiração bucal, hipoplasias de esmalte, dificuldades na deglutição e mastigação, dieta cariogénica e medicação de rotina ^(11, 35, 36, 39, 40, 43). A má-oclusão caracteriza-se habitualmente por mordida aberta com protrusão dos dentes anteriores e deglutição atípica, ausência de selamento labial, o que explica a típica incapacidade de controlo salivar (“babar”) ^(37, 39, 40). A disfagia também pode ser um problema na consulta, devendo ser ultrapassado colocando a cadeira numa posição mais vertical, a cabeça voltada para um lado, mantendo as vias aéreas permeáveis, usando aspiração e isolamento absoluto sempre que possível. Um outro aspeto a considerar é a existência do reflexo do vômito, minimizando-se este efeito com consultas matinais antes do paciente comer ou beber e, da “mordida violenta”, que pode ser controlada mantendo o queixo do paciente numa posição neutra e baixa ^(39, 40).

Os **distúrbios ou perturbações do espectro do autismo** são um grupo de perturbações do desenvolvimento que se referem a uma definição mais lata de autismo e que incluem a forma clássica da perturbação (descrita por Kanner), para além das incapacidades diretamente relacionadas e que partilham muitas das suas características. Desta forma, a sua classificação, controversa e em constante mutação e atualização, permite genericamente incluir a integração do distúrbio autístico clássico, síndrome de Asperger, perturbação desintegrativa da segunda infância, a síndrome de Rett e as

perturbações globais do desenvolvimento sem outra especificação (*pervasive development disorder-not otherwise specified*)^(17, 44-49). Caracterizam-se, de forma variável, por alterações de linguagem, défice de interação social, interesses e comportamentos restritivos, repetitivos e estereotipados. Estão-lhes associados problemas sensoriais, alterações do sono, comprometimento intelectual, convulsões, problemas físicos e gastrointestinais, distúrbios mentais, entre outros. No entanto, a diversidade está patente em múltiplas dimensões comportamentais, com indivíduos extremamente dotados em termos intelectuais e outros apresentando atraso mental^(17, 28, 44-48, 50).

A nível de saúde oral podem apresentar, para além de cárie dentária, doença periodontal, lesões auto-infligidas, bruxismo, trauma e deglutição atípica^(28, 46-51).

Na consulta de Medicina Dentária é importante salientar que, nos casos em que os pacientes não se conseguem exprimir devidamente, podem igualmente não conseguir transmitir a sensação de dor ou medo. Devido à dificuldade que têm em criar interações e relações interpessoais muitas vezes não estabelecem contacto visual. Pode ser tentada a abordagem do “dizer-mostrar-fazer”, bem como recorrer a ilustrações e demonstrações (em vídeo, por exemplo, a apresentar em casa) para explicar todos os procedimentos e instrumentos usados na consulta, contribuindo para uma diminuição da carga de ansiedade e insegurança^(17, 28, 44-47, 49, 50). É de extrema importância programar consultas de dessensibilização para estes pacientes, permitindo a familiarização com o ambiente de consultório, equipa médica e equipamentos, definindo metas e objetivos, conforme já referido anteriormente para os casos de atraso do desenvolvimento^(28, 46, 50). As consultas devem ser curtas, apostando no reforço positivo e ignorando, tanto quanto possível, os comportamentos disruptivos, tentando averiguar junto dos pais quais as estratégias de *coping* ou enfrentamento com melhores resultados. As suas limitações sensoriais, nomeadamente perante estímulos visuais e auditivos, implicam que o ambiente do consultório seja tranquilo, sem a introdução de ruídos diferentes, luzes, cheiros ou cores fortes que despertem uma reação de aversão. Estes pacientes são hipersensíveis ao toque, sentindo-se desconfortáveis quando estão próximos de pessoas estranhas. Contudo, a contenção física parece ser uma medida de controlo de comportamento a ponderar nestes pacientes^(17, 44-46, 49, 50).

A **Síndrome de Down** (ou Trissomia 21) é a anomalia cromossómica mais comum, podendo englobar um quadro clínico de atraso do crescimento, desenvolvimento físico e mental, patologias cardíacas e respiratórias, comprometimento do sistema imunitário, convulsões e hipotonia^(22, 52, 53). Estes pacientes evidenciam sinais fenotípicos característicos, como sejam braquicefalia, malformações dos pavilhões auriculares, fendas

palpebrais oblíquas, epicanto, base nasal achatada e membros curtos com prega palmar transversa ⁽⁵³⁾. As alterações craniofaciais como protrusão/micrognatia maxilar, respiração bucal, palato ogival, lábios fissurados e hipotônicos, língua fissurada, protruída (macroglóssia relativa) são características igualmente comuns ^(52, 53).

Estes pacientes apresentam, no geral, algum grau de incapacidade intelectual; a sua linguagem pode estar comprometida, com um nível de percepção superior à capacidade de verbalização demonstrada ^(22, 27, 53). Tendem a ser calmos e carinhosos, embora, nalguns casos, possam ser teimosos e não colaborantes. Ainda assim, é importante explicar e demonstrar, de forma clara e simples, todos os procedimentos a realizar durante a consulta de Medicina Dentária, cuja ocorrência preferencial deverá acontecer no período da manhã e por períodos não muito longos mantendo, desejavelmente, o mesmo ambiente de consultório e equipa médica ^(22, 27). Tendo em atenção a hipotonia, deve haver espaço de livre circulação no consultório. É importante determinar qual a melhor forma de sentar e estabilizar o paciente na cadeira, mantendo especial atenção à cabeça e pescoço, uma vez que em alguns casos há problemas ao nível das vértebras cervicais e possibilidade de ocorrência de convulsões ^(22, 53).

Em termos de saúde oral, a higiene oral é, por norma, deficiente. É comum encontrar atraso na erupção dentária, má-oclusão, microdontia, agenesias, raízes dentárias curtas e cónicas e diminuição da secreção do fluxo salivar. Alterações periodontais, ulcerações aftosas, infeções por *C. albicans* e a gengivite ulcerativa necrosante são achados relativamente comuns, a par de halitose e perda dentária precoce ^(22, 27, 52, 53). Com alguma surpresa, há autores que fazem referência a uma menor prevalência de cárie dentária, em relação com um atraso da erupção dentária, alterações na composição da flora oral, pH salivar mais alcalino, superfícies oclusais planas em resultado de hábitos parafuncionais (bruxismo), presença de diastemas, para além do facto de serem monitorizados com maior frequência em consultas médicas ^(22, 27, 53). Não obstante, a existência de dieta tendencialmente cariogénica, associada a problemas de deglutição e alterações na secreção salivar podem agravar esta suscetibilidade ⁽²²⁾. Já a doença periodontal, frequente e precocemente manifestada, relaciona-se com alterações imunitárias, hipotonia muscular e laxidez ligamentar, limitações de destreza manual, sobretudo nos casos de índice cognitivo, com reflexos na eficácia da higiene oral ^(11, 53). A hipotonia pode manifestar-se em alterações no padrão de deglutição, reflexo do vómito e ausência do controlo da salivação ^(22, 52, 53).

Em todos estes pacientes com necessidades especiais de atendimento em Medicina Dentária, e independente da patologia base que apresentem, o controlo comportamental constitui a base do sucesso em termos de resolução clínica e segurança na abordagem ^(5, 15).

Engloba um conjunto de interações e sinergias entre os vários elementos da equipa médica (entre os quais o Médico Dentista), o paciente e respetivos cuidadores visando estabelecer uma relação de confiança entre as partes e otimizar a consulta ^(15, 27).

Qualquer um dos tipos de abordagem descritos pressupõe uma correta avaliação do nível de desenvolvimento cognitivo do paciente, traços de personalidade, sinais de dor ou desconforto, atitudes e comportamentos em termos de saúde oral, tentando perceber qual será a sua reação ao tratamento e quais os benefícios e riscos da técnica a eleger ^(15, 54-56).

Nas técnicas de controlo comportamental podem distinguir-se as técnicas básicas e as técnicas avançadas. Das básicas fazem parte a comunicação, dizer-mostrar-fazer, controlo de voz, comunicação não-verbal, reforço positivo, distração, presença/ausência dos pais; nas técnicas avançadas incluem-se a contenção física, sedação consciente e anestesia geral, reservadas a pacientes definitivamente não colaborantes pelas técnicas básicas ou convencionais, seja por imaturidade emocional ou psicológica, ou devido às condições médicas e físicas subjacentes ^(15, 19).

A sedação tem vindo a constituir uma opção crescente, visando a manutenção do bem-estar e segurança dos pacientes, minimizar o desconforto físico e a dor, controlar a ansiedade, minimizar o trauma psicológico, maximizar o potencial amnésico, controlar comportamentos e movimentos inesperados ^(15, 55-58).

A sedação deve representar um *continuum*: a passagem de um estado mais leve para um mais profundo pode implicar perda de reflexos, reforçando a importância da distinção entre sedação consciente e sedação profunda, que condiciona seriamente o nível de monitorização e a responsabilidade/capacidade do próprio clínico. A sedação moderada, também conhecida como sedação consciente, consiste numa depressão do estado de consciência induzida por fármacos, medicamente controlada, em que os pacientes conseguem responder a estímulos verbais, tácteis ou luminosos; a ventilação espontânea é adequada, estando asseguradas as funções respiratórias, cardiovasculares e a manutenção dos reflexos primários ^(55, 59-61).

Em relação aos grupos de medicamentos passíveis de utilização em técnicas de sedação consciente destacam-se: a) gases medicinais: protóxido de azoto e oxigénio; b) benzodiazepinas: midazolam, diazepam, lorazepam e hidrato de cloral; c) hipnóticos: propofol e etomidato; c) morfínicos: do tipo remifentanilo. No que concerne às técnicas, segundo a via de administração, podem ser consideradas as técnicas inalatórias, endovenosa, oral, intranasal e transmucosa. A seleção deve assentar na possibilidade de obtenção do maior efeito terapêutico com a maior dosagem possível, tendo sempre em

atenção os possíveis efeitos adversos, interações medicamentosas e duração de ação^(15, 55, 60, 62).

Na “Consulta de sedação consciente” do CHUC os pacientes apresentavam, não raras vezes, outras patologias associadas, a par de problemas de comunicação, colaboração e ansiedade, igualmente em concordância com o que se encontra descrito na literatura. Consequentemente, o tratamento dentário só se tornou possível coadjuvado por técnicas de controlo comportamental optando-se, na maioria dos casos pela sedação consciente com protóxido de azoto (com eventual associação ao sevoflurano), terapia comportamental não medicamentosa e sedação consciente com midazolam intranasal; numa menor percentagem de casos foi empregue o propofol por via endovenosa e utilizada a contenção física, igualmente de acordo com o que a maioria dos autores preconiza nestas situações.

O **protóxido de azoto** é um gás incolor com um suave odor a doce⁽⁶³⁾; trata-se de um analgésico e ansiolítico eficaz e bastante seguro, depressor do sistema nervoso central e que causa algum estado de euforia, ainda que sem comprometimento da função respiratória, particamente sem afeção dos reflexos protetores. Tem um início de ação e absorção rápidos, permitindo uma recuperação igualmente rápida (2-3 minutos)^(15, 62, 63). Permite aumentar a cooperação do paciente, o seu nível de tolerância a consultas mais longas e potenciar o efeito de outros sedativos, bem como diminuir a ansiedade e as reações e movimentos inesperados. Por outro lado, não é um fármaco com elevada potência e a sua ação depende do reforço das restantes técnicas de controlo comportamental^(61, 63). Beneficiam deste método de sedação os pacientes que revelam algum grau de fobia, ansiedade, reflexo do vômito acentuado, e nos que, embora cooperantes, necessitem de consultas mais demoradas^(62, 63). A utilização desta técnica de sedação consciente possui contra-indicações e limitações em pacientes com determinadas doenças pulmonares obstrutivas crónicas, sérios distúrbios emocionais ou com história de abuso de drogas, no primeiro trimestre de gravidez, tratados com sulfato de bleomicina e/ ou esquemas quimioterápicos específicos, portadores de determinadas patologias do foro hematológico (ex. anemia falciforme, porfíria), com idade inferior a 4 anos⁽⁶²⁻⁶⁴⁾.

O **midazolam** é uma benzodiazepina hidrossolúvel que, ao contrário das restantes, é não-irritante, possuindo propriedades ansiolíticas, sedativas, hipnóticas, relaxantes musculares e amnésicas. Tem sido usado como sedativo pré-operatório, podendo ser administrado via intramuscular, intranasal, oral e rectal^(56, 62, 65-69).

O **propofol** é um sedativo e hipnótico com propriedades ansiolíticas, amnésicas, anticonvulsivantes e antieméticas, administrado via endovenosa, não apresentando

propriedades analgésicas podendo, por essa razão, ser administrado juntamente com opióides ou cetaminas ⁽⁷⁰⁻⁷³⁾. A sua técnica de administração é simples e segura conseguindo-se um rápido efeito sedativo, com igualmente rápida reversibilidade ^(60, 71, 72). É uma técnica útil em pacientes com predisposição para hipertermia maligna, porfíria hepática aguda, epilepsia e problemas musculares ⁽⁶⁰⁾. Apresenta, no entanto algumas desvantagens, nomeadamente a possibilidade de depressão cardiorrespiratória e a ocorrência da síndrome da infusão de propofol, rara mas de elevada mortalidade ^(60, 72-74).

No continente europeu e restante continente americano existe uma disparidade de critérios e regras para a prática da sedação consciente, particularmente no que diz respeito à utilização do protóxido de azoto e oxigénio por parte dos Médicos Dentistas; em alguns casos verifica-se uma ausência completa de legislação ou até proibição da prática. Em Portugal, a prática da sedação consciente em ambiente de consultório carece ainda de regulamentação complementar, sendo maioritariamente praticada por Médicos Anestesiologistas em ambiente hospitalar, conforme acontece no CHUC. No entanto, muito recentemente surgiu uma deliberação do Infarmed referindo-se à possibilidade dos Médicos Dentistas adquirirem diretamente protóxido de azoto (N₂O), sem recurso a dispensa por farmácia, entendendo a utilização da substância como ato integrado no normal desenvolvimento e exercício das atividades das clínicas e consultórios dentários. A própria Ordem dos Médicos Dentistas tinha já emitido em Fevereiro de 2010, um parecer sobre a sedação consciente tendo ainda em conta a atual regulamentação do Estado, através da Portaria nº 268/2010, de 12 de Maio, que prevê a existência de equipamento adequado à prática da sedação consciente em ambiente de clínicas ou consultórios dentários.

Ainda que a vertente curativa/terapêutica seja importante atendendo à elevada prevalência de patologia oral relatada, o cumprimento dos cuidados de higiene oral, adequados e precocemente instituídos, devem constituir a base da atuação preventiva. Não sendo muitas vezes fácil cumprir, de forma convencional, os requisitos técnicos exigidos para uma escovagem dentária eficaz, os cuidadores devem ser alertados para a existência de escovas de dentes modificadas e/ou elétricas, que permitem que estes pacientes com limitações físicas possam melhorar o seu desempenho e até ser estimulada alguma autonomia. Também os suportes para o fio dentário podem ser úteis nos casos em que não é possível colocar as mãos na boca ^(5, 8, 20, 27, 75).

É exigida uma monitorização, em consulta, mais frequente, com permanente avaliação do risco de cárie, patologia periodontal e outro tipo de lesões anteriormente descritas, cuja ocorrência pode ser mais ou menos frequente, manifestando maior ou menor gravidade. A aplicação de selantes de fissuras, agentes antimicrobianos e remineralizantes

pode estar indicada ^(5, 8, 12, 20, 27, 75, 76). Nos casos em que a idade ou nível de comportamento não permitem efetuar tratamentos restauradores convencionais deve ponderar-se o recurso a técnicas restauradoras atraumáticas ^(5, 76-79).

O aconselhamento dietético, sublinhando os benefícios de uma dieta saudável e não cariogénica é outro dos pontos a ter presentes ^(5, 8, 20, 21, 23, 80). De acordo com Moursi, 2010, cerca de 40% das crianças que apresentam necessidades especiais de atendimento encontram-se em risco de desenvolver problemas nutricionais, com reflexos em termos de desenvolvimento geral, alterações do sistema imunitário e mesmo malformações dentárias. Os pais tendem a assumir uma atitude mais permissiva, a não impor limites ou a restringir os tipos e a quantidade de alimentos ingeridos ⁽⁸⁾.

Paralelamente, os pacientes com necessidades especiais de atendimento são submetidos, com maior intensidade, a medicação, muitas vezes de uso crónico. Os seus efeitos secundários/adversos poderão refletir-se a nível oral, essencialmente por alterações do padrão do fluxo salivar e metabolização bacteriana da sacarose constante em alguns dos fármacos, pelo que devem ser dadas instruções claras relativamente à necessidade de, sempre que possível, efetuar a higiene oral após a toma dos mesmos ^(5, 8, 21, 23, 80).

Deve ainda ser feita menção particular relativamente à existência de hábitos não-nutritivos, e parafuncionais, como a sucção digital, uso prolongado de chupeta, bruxismo e mordilhamento da língua/mucosa jugal, ressaltando o impacto negativo no desenvolvimento dentoalveolar. Também devem ser alertados para a possibilidade da ocorrência de episódios traumáticos, e quais os procedimentos a adotar nessas situações ^(21, 81).

Apenas uma ressalva, a este propósito, em relação ao tipo de tratamentos efetuados na “Consulta de sedação consciente” do CHUC: com maior frequência as exodontias, seguidas de higienizações e tratamentos restauradores; uma explicação para este facto, também relatado na literatura, pode residir no facto de estes indivíduos apresentarem, por norma, conforme já referido, um número acentuado de lesões de cárie ativas, com elevado comprometimento estrutural e deficiente higiene oral. A elevada demanda desta consulta, a proveniência geográfica dos pacientes (maioritariamente de todos os distritos da região centro), o tempo de espera para atendimento, as dificuldades técnicas, económicas e limitações físicas inerentes podem igualmente contribuir para estes resultados sendo, no entanto, fundamental referir a disponibilidade e dedicação da equipa médica responsável por esta mesma consulta, única na região centro do país.

6. CONCLUSÃO

Os pacientes com necessidades especiais de atendimento apresentam, na grande maioria dos casos, risco acrescido de desenvolver patologias orais, com um inegável impacto negativo em termos de saúde geral, qualidade de vida e meio social envolvente. A ansiedade em relação às incapacidades destes pacientes, condicionantes de ordem social, fatores anatómicos e fisiológicos particulares, a nível geral e sistémico, em relação direta com a(s) patologia(s), a par de dificuldades na sua abordagem são apenas alguns pontos que explicam este facto. Desta forma, exige-se uma monitorização oral contínua destes pacientes, planificada de forma especializada, instituindo precocemente medidas preventivas concretas, promovendo junto dos pais e educadores os benefícios de manter uma boa saúde oral.

A atuação em equipas multidisciplinares é fundamental, sendo muitas vezes requeridas técnicas específicas, aplicadas em locais próprios (ambiente hospitalar, inclusivamente), sobretudo no que respeita ao controlo comportamental.

Relativamente à “Consulta de sedação consciente” do CHUC, foi possível constatar que a maior parte dos pacientes tratados são adultos, com uma ligeira predominância do sexo masculino. As patologias mais prevalentes nestes mesmos pacientes são atrasos do desenvolvimento, mas também epilepsia, paralisia cerebral, autismo e Síndrome de Down, corroborado com o que referencia a literatura. A abordagem de eleição em termos de controlo comportamental para tratamento dentário tem sido, nesta consulta, a utilização do protóxido de azoto + oxigénio, ainda que outras opções sejam igualmente postas em prática de acordo com as indicações e/ou limitações individuais.

7. AGRADECIMENTOS

Às Doutoras Ana Luísa Costa e Sara Rosa, respetivamente Orientadora e Co-Orientadora deste trabalho, pelo incansável apoio, dedicação, motivação e incentivo.

Às Doutoras Manuela Carrilho, Conceição Sepúlveda e Teresa Almeida, pelo esclarecimento de dúvidas acerca do funcionamento da consulta de Sedação Consciente do CHUC.

Às Secretárias clínicas da Consulta de Estomatologia do CHUC, pela ajuda na consulta dos registos clínicos.

A todos os pacientes da “Consulta de sedação Consciente” do CHUC.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Newacheck PW, Kim SE. A national profile of health care utilization and expenditures for children with special health care needs. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2005;159(1):10-7. Epub 2005/01/05.
2. Stankova M, Bucek A, Dostalova T, Ginzelova K, Pacakova Z, Seydlova M. Patients with special needs within treatment under general anesthesia - meta-analysis. *Prague medical report*. 2011;112(3):216-25. Epub 2011/10/08.
3. Nelson LP, Getzin A, Graham D, Zhou J, Wagle EM, McQuiston J, et al. Unmet dental needs and barriers to care for children with significant special health care needs. *Pediatric dentistry*. 2011;33(1):29-36. Epub 2011/03/17.
4. Definition of Special Health Care Needs. Reference Manual [Internet]. 2008; 33(6):[11-2 pp.]. Available from: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/D_SHCN.pdf.
5. American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical A. Guideline on management of dental patients with special health care needs. *Pediatric dentistry*. 2008;33(6):142-6.
6. Crall JJ. Improving oral health for individuals with special health care needs. *Pediatric dentistry*. 2007;29(2):98-104. Epub 2007/06/15.
7. Altun C, Guvena G, Akgunb O, Akkurtb M, Basaka F, Akbulutc E. Oral Health Status of Disabled Individuals Attending Special Schools. *European Journal of Dentistry*. 2010;4:361-6.
8. Moursi AM, Fernandez JB, Daronch M, Zee L, Jones CL. Nutrition and oral health considerations in children with special health care needs: implications for oral health care providers. *Pediatric dentistry*. 2010;32(4):333-42. Epub 2010/09/15.
9. Boj JR. Odontología en pacientes pediátricos con necesidades especiales (I): patología sistémica. In: ELSEVIER-MASSON, editor. *Odontopediatría 1st ed2004*. p. 455-65.
10. Boj JR. Odontología en pacientes pediátricos con necesidades especiales (II): discapacitados psíquicos y sensoriales. In: ELSEVIER-MASSON, editor. *Odontopediatría 2004*. p. 467-75.
11. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 2010;30(3):110-7. Epub 2010/05/27.
12. American Academy on Pediatric Dentistry Clinical Affairs Committee Council on Clinical A. Policy on medically necessary care. *Pediatric dentistry*. 2008;30(7 Suppl):16-20. Epub 2009/02/17.
13. Policy on model dental benefits for infants, children, adolescents, and individuals with special health care needs. *Pediatric dentistry*. 2008;30(7 Suppl):71-3. Epub 2009/02/17.
14. Dentistry AAoP. Policy on Transitioning from a Pediatric-centered to an Adult-centered Dental Home for Individuals with Special Health Care Needs 2011; 33(6):[11-2 pp.]. Available from: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_Transitioning.pdf.
15. Dentistry AAoP, Subcommittee CACBM. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Pediatric dentistry*. 2011;33(6):161-73.
16. Metovic AK-. Cytogenetic aspects of mental retardation in children with special needs. *HealthMed*. 2011;5(2):454-8.
17. Ragunath P, Chitra R, Mohammad S, Abhinand P. A systems biological study on the comorbidity of autism spectrum disorders and bipolar disorder. *Bioinformation*. 2011;7(3):102-6. Epub 2011/11/30.
18. Lewis C, Robertson AS, Phelps S. Unmet dental care needs among children with special health care needs: implications for the medical home. *Pediatrics*. 2005;116(3):e426-31. Epub 2005/09/06.
19. Jaccarino J. The Patient with Special Needs: General Treatment Considerations. In: Course CO-BadcCE, editor. 2012. p. 1-18.

20. Andrada M, Bizarra M, Andrade D, Delile F, Almeida C, Malheiro M, et al. Manual de boas práticas em saúde oral para quem trabalha com crianças e adolescentes com necessidades de saúde especiais. Lisboa 2002. 32 p.
21. American Academy on Pediatric Dentistry Clinical Affairs C, American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical A. Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents. *Pediatric dentistry*. 2008;30(7 Suppl):112-8. Epub 2009/02/17.
22. Practical Oral Care for People With Down Syndrome. In: SERVICES USDOHAH, Health Nlso, Research NlodaC, editors. 2009.
23. Elias ER, Murphy NA, the COCWD. Home Care of Children and Youth With Complex Health Care Needs and Technology Dependencies. *Pediatrics*. 2012;129(5):996-1005. Epub 2012/05/02.
24. Hallberg U, Klingberg G. Medical health care professionals' assessments of oral health needs in children with disabilities: a qualitative study. *Eur J Oral Sci*. 2005;113(5):363-8. Epub 2005/10/06.
25. Practical Oral Care for People With Developmental Disabilities. In: Services USDoHaH, Health Nlo, Research NlodaC, editors. 2009.
26. Practical Oral Care for People With Intellectual Disability. In: Services USDoHaH, Health Nlo, Research NlodaC, editors. 2009.
27. Bhambal A, Jain M, Saxena S, Kothari S. Oral health preventive protocol for mentally disabled subjects - A review. *Journal of Advanced Dental Research*. 2011;2(1):21-6.
28. Charles JM. Dental care in children with developmental disabilities: attention deficit disorder, intellectual disabilities, and autism. *J Dent Child (Chic)*. 2010;77(2):84-91. Epub 2010/09/08.
29. Gurbuz T, Tan H. Oral health status in epileptic children. *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society*. 2010;52(2):279-83. Epub 2009/10/02.
30. Aragon C, Hess T, Burneo J. Knowledge and Attitudes about Epilepsy: A Survey of Dentists in London, Ontario. *Journal of the Canadian Dental Association*. 2009;75(6):8.
31. Aragon CE, Burneo JG. Understanding the patient with epilepsy and seizures in the dental practice. *J Can Dent Assoc*. 2007;73(1):71-6. Epub 2007/02/14.
32. Haller JS. Epilepsy in the Dental Office Concern, Care and Management. *New York State Dental Journal*. 2009;75(3):46-7.
33. Baxter P, et al. The Definition and Classification of Cerebral Palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2007:1-43.
34. Bell KL, Boyd RN, Tweedy SM, Weir KA, Stevenson RD, Davies PS. A prospective, longitudinal study of growth, nutrition and sedentary behaviour in young children with cerebral palsy. *BMC Public Health*. 2010;10:179. Epub 2010/04/08.
35. Santos M, Guare R, Celiberti P, Siqueira W. Caries experience in individuals with cerebral palsy in relation to oromotor dysfunction and dietary consistency. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 2009;29(5):198-203.
36. Lin X, Wu W, Zhang C, Lo E, Chu C, Dissanayaka W. Prevalence and distribution of developmental enamel defects in children with cerebral palsy in Beijing, China. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2011;21(1):23-8.
37. Miamoto C, Ramos-Jorge M, Pereira L, Paiva S, Pordeus I, Marquesa L. Severity of malocclusion in patients with cerebral palsy: Determinant factors. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2010;138(4):394e1-e5.
38. Santos M, Manzano F. Assistive stabilization based on the neurodevelopmental treatment approach for dental care in individuals with cerebral palsy. *Quintessence International*. 2007;38(8):681-7.
39. Practical Oral Care for People With Cerebral Palsy. In: SERVICES USDOHAH, Health Nlo, Research NlodaC, editors. 2009. p. 1-8.
40. Santos A, Couto G. Atendimento odontológico ao paciente portador de paralisia cerebral. *Int J Dent*. 2008;7(2):133-41.

41. Matsui M, Ferraz M, Gomes M, Hiraoka C. Alterações sialoquímicas e sialométricas de pacientes com paralisia cerebral: uma revisão da literatura. *Rev CEFAC*. 2011;13(1):159-64.
42. Previtalli E, Santos MT. Cárie Dentária e Higiene Bucal em Crianças com Paralisia Cerebral Tetraparesia Espástica com Alimentação por Vias Oral e Gastrostomia. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2009;9(1):43-7.
43. Santos M, Biancardi M, Guare R, Jardim J. Caries prevalence in patients with cerebral palsy and the burden of caring for them. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 2010;30(5):206-10.
44. A Parent's Guide to Autism Spectrum Disorder. National Institute of Mental Health. 1-27.
45. Weil TN, Inglehart MR. Dental education and dentists' attitudes and behavior concerning patients with autism. *Journal of dental education*. 2010;74(12):1294-307. Epub 2010/12/03.
46. Loo CY, Graham RM, Hughes CV. Behaviour guidance in dental treatment of patients with autism spectrum disorder. *International journal of paediatric dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*. 2009;19(6):390-8. Epub 2009/07/22.
47. Marshall J, Sheller B, Williams BJ, Mancl L, Cowan C. Cooperation predictors for dental patients with autism. *Pediatric dentistry*. 2007;29(5):369-76. Epub 2007/11/22.
48. DeMattei R, Cuvo A, Maurizio S. Oral assessment of children with an autism spectrum disorder. *Journal of dental hygiene : JDH / American Dental Hygienists' Association*. 2007;81(3):65. Epub 2007/10/03.
49. Williams K. Autism and the Clinical Implications for Dental Hygiene. Access. 2009:34-5.
50. Practical Oral care for People with Autism. In: SERVICES USDOHAH, Health Nlso, Research NloDaC, editors. 2009. p. 1-6.
51. Stein L, Polido J, Mailloux Z, Coleman G, Cermak S. Oral care and sensory sensitivities in children with autism spectrum disorders. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 2011;31(3):102-10.
52. Sato K, Shirakawa T, Niikuni N, Sakata H, Asanuma S. Effects of oral care in Down syndrome children with obstructive sleep apnea. *Journal of Oral Science*. 2010;52(1):145-7.
53. Macho V, Seabra M, Pinto A, Soares D, Andrade C. Alterações craniofaciais e particularidades orais na trissomia 21. *Acta Pediatr Port*. 2008;29(5):190-4.
54. American Academy on P, American Academy on Pediatric D. Guideline for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures. *Pediatric dentistry*. 2008;30(7 Suppl):143-59. Epub 2009/02/17.
55. Cote CJ, Wilson S. Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures: an update. *Pediatrics*. 2006;118(6):2587-602. Epub 2006/12/05.
56. Duque C, Abreu-e-Lima F. Midazolam - uma nova alternativa para sedação em odontopediatria. *Revista Odonto Ciência – Fac Odonto/PUCRS*. 2005;18(48):177-86.
57. Dentistry AAoP, Subcommittee CACSaGA. Guideline on Use of Anesthesia Personnel in the Administration of Office-based Deep Sedation/ General Anesthesia to the Pediatric Dental Patient. *Pediatric Dentistry*. 2009;33(6):2002-204.
58. American Academy on Pediatric D, Anesthesia AHCoSaAHCoSa, Affairs CoC. Policy on the Use of Deep Sedation and General Anesthesia in the Pediatric Dental Office. *Pediatric Dentistry*. 2007;33(6):72-3. Epub 2011-2012.
59. Delegates AHo. Guidelines for the Use of Sedation and General Anesthesia by Dentists 2007:1-13.
60. Neuhäuser C, Wagner B, Heckmann M, Weigand M, Zimmer K. Analgesia and Sedation for Painful Interventions in Children and Adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2010;107(14):241-7.

61. Zier J, Tarrago R, Liu M. Level of Sedation with Nitrous Oxide for Pediatric Medical Procedures. *ANESTHESIA & ANALGESIA*. 2010;110(5):1399-405.
62. Gaujac C, Santos H, Garção M, Júnior J, Brandão J, Silva T. Sedação Consciente em Odontologia. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2009;21(3):251-7.
63. American Academy on Pediatric Dentistry, Affairs CoC. Guideline on Use of Nitrous Oxide for Pediatric Dental Patients. *Pediatric dentistry*. 2009;33(6):181-4. Epub 2011-2012.
64. American Academy on Pediatric Dentistry, Committee CA, Affairs CoC. Policy on Minimizing Occupational Health Hazards Associated With Nitrous Oxide. *Pediatric dentistry*. 2008;33(6):70-1. Epub 2011-2012.
65. Lam C, Udin RD, Malamed SF, Good DL, Forrest JL. Midazolam premedication in children: a pilot study comparing intramuscular and intranasal administration. *Anesthesia progress*. 2005;52(2):56-61. Epub 2005/07/29.
66. Dhasmana S, Singh V, Pal US. Awake Blind Nasotracheal Intubation in Temporomandibular Joint Ankylosis Patients under Conscious Sedation Using Fentanyl and Midazolam. *Journal of maxillofacial and oral surgery*. 2010;9(4):377-81. Epub 2011/12/23.
67. Heard C, Smith J, Creighton P, Joshi P, Feldman D, Lerman J. A comparison of four sedation techniques for pediatric dental surgery. *Paediatric anaesthesia*. 2010;20(10):924-30. Epub 2010/09/21.
68. Lourenco-Matharu L, Roberts GJ. Oral sedation for dental treatment in young children in a hospital setting. *British dental journal*. 2010;209(7):E12. Epub 2010/10/05.
69. Cogo K, Bergamaschi C, Yatsuda R, Volpato M, Andrade E. Sedação consciente com benzodiazepínicos em odontologia. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2006;18(2):181-8.
70. Dube C. Sedation practices in Canada: a propos de propofol. *Canadian journal of gastroenterology = Journal canadien de gastroenterologie*. 2011;25(5):253-4. Epub 2011/06/08.
71. Powers KS, Nazarian EB, Tapyrik SA, Kohli SM, Yin H, van der Jagt EW, et al. Bispectral index as a guide for titration of propofol during procedural sedation among children. *Pediatrics*. 2005;115(6):1666-74. Epub 2005/06/03.
72. Nengroo S, Lone A, Naqash I. Circulatory responses to propofol-ketamine combination compared to propofol alone for sedation during spinal anesthesia. *Internet Journal of Medical Update*. 2011;6(2):20-4.
73. Akkad A, Beata S, Bohumil B, Katarina A, Al Khalili H. Propofol vs. sevoflurane as anaesthetic maintenance agents in patients undergoing brain aneurysm coiling -- randomized prospective study. *Anaesthesiology & Intensive Medicine*. 2012;23(1):28-32.
74. Dosani M, McCormack J, Reimer E, Brant R, Dumont G, Lim J, et al. Slower administration of propofol preserves adequate respiration in children. *Pediatric Anesthesia*. 2010;20(1):1001-8.
75. American Academy on Pediatric Dentistry Liaison with Other Groups C, American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical A. Guideline on fluoride therapy. *Pediatric dentistry*. 2008;30(7 Suppl):121-4. Epub 2009/02/17.
76. American Academy on Pediatric Dentistry Clinical Affairs Committee-Restorative Dentistry S, American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical A. Guideline on pediatric restorative dentistry. *Pediatric dentistry*. 2008;30(7 Suppl):163-9. Epub 2009/02/17.
77. American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical A. Policy on interim therapeutic restorations (ITR). *Pediatric dentistry*. 2008;30(7 Suppl):38-9. Epub 2009/02/17.
78. Carvalho TS, Ribeiro TR, Bonecker M, Pinheiro EC, Colares V. The atraumatic restorative treatment approach: an "atraumatic" alternative. *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal*. 2009;14(12):e668-73. Epub 2009/08/15.
79. Frencken J, Leal S. The correct use of the ART approach. *J Appl Oral Sci*. 2010;18(1):1-4.
80. American Academy on Pediatric Dentistry Clinical Affairs C, American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical A. Policy on dietary recommendations for infants, children, and adolescents. *Pediatric dentistry*. 2008;30(7 Suppl):47-8. Epub 2009/02/17.

81. American Academy on Pediatric Dentistry Council on Dental Benefits Programs/Council on Clinical A. Policy on model dental benefits for infants, children, adolescents, and individuals with special health care needs. *Pediatric dentistry*. 2008;30(7 Suppl):71-3. Epub 2009/02/17.

9. ANEXOS

Anexo 1

De: Mariana Barbara [mailto:mariana.cf.barbara@gmail.com]
Enviada: quarta-feira, 25 de Janeiro de 2012 16:49
Para: comissaoetica@fmed.uc.pt
Assunto: solicitação de autorização de consulta de processos clínicos no âmbito da Monografia de Mestrado Integrado de Medicina Dentária

Exmº Senhor Professor Doutor João Manuel Pedroso de Lima

Presidente da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra,

Eu, Mariana Clara Fonseca da Bárbara, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, venho por este meio solicitar autorização para consultar os processos clínicos dos pacientes em seguimento nas consultas de Pacientes Especiais e Sedação Consciente dos HUC/FMUC.

Este pedido é fundamental para elaborar uma caracterização da consulta de Pacientes Especiais dos HUC/FMUC, retratando vários aspectos do seu funcionamento e população abrangida, de modo a desenvolver a minha Monografia de Mestrado Integrado, intitulada "Pacientes com necessidades especiais de atendimento em Medicina Dentária: revisão bibliográfica e caracterização da consulta dos HUC". A Fundamentação deste pedido segue em anexo.

Aguardo deferimento deste pedido.

Atenciosamente,
Mariana Clara Fonseca da Bárbara

João Manuel Pedroso Lima <jlima@huc.min-saude.pt>
Para mariana.cf.barbara@gmail.com
Cc: Grata Bazarra Campos <gbcampos@fmed.uc.pt>

Boa tarde Mariana Barbara,
Em resposta ao seu pedido devo informar que ele deverá ser dirigido ao Director Clínico do CHUC, uma vez que a Consulta que refere, pela indicação que me dá, tem âmbito assistencial hospitalar.
Com os melhores cumprimentos,
João Pedroso de Lima

-----Mensagem original-----

De: Comissão de Ética (FMUC) [mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt]
Enviada: quinta-feira, 26 de Janeiro de 2012 10:15
Para: Presidente da Comissão de Ética da FMUC
Cc: 'Comissão de Ética (CE)'
Assunto: FW: solicitação de autorização de consulta de processos clínicos no âmbito da Monografia de Mestrado Integrado de Medicina Dentária

Senhor Professor,

Conforme combinado, reencaminho e-mail recebido no endereço electrónico da Comissão de Ética da FMUC.

Cordiais cumprimentos.

Grata Bazarra Campos

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina •
STAG – Secretariado Executivo
Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-354 COIMBRA • PORTUGAL
Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236
E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt <<http://www.fmed.uc.pt>>

*Concordamos o pôde ter
início o processo referido,
a partir desta data*

26.4.12
[Signature]

FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

*Autorizado,
sob a supervisão
do Serviço de
História Clínica
e Patologia
Anatómica
26.4.12
Prof. Doutor José Pedro Figueiredo
Director Clínico
U.C. - HPE
Ofício 15-2012-MIMD*

Ex.^{mo} Senhor Professor
Doutor José Pedro Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Universidade de Coimbra

18 de Abril de 2012

Assunto: Consulta de processos para realização de teses

Para desenvolver algumas teses de mestrado integrado do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Faculdade de Medicina de Coimbra, justifica-se que os alunos tenham acesso a informação de processos de doentes tratados na Medicina Dentária pelos respectivos docentes, muitas vezes com a participação dos alunos. Parece-nos importante que se façam algumas teses com este perfil, o que pode valorizar o curso. Este tipo de teses pode contribuir de forma positiva para a avaliação do curso ao tornar evidente que o universo de doentes tratados pode suportar este tipo de estudos.

Assim, solicita-se autorização para que os docentes do curso de Medicina Dentária, clínicos e docentes da carreira universitária da Faculdade de Medicina de Coimbra, tenham acesso aos elementos dos processos dos doentes tratados na Medicina Dentária, para efeitos de realização de teses de Mestrado Integrado, para o ano lectivo 2012/2013 ficando, por sua vez, obrigados a todas as normas de utilização destes dados para os fins em vista.

Considerando a importância desta matéria propomos ainda que futuramente a submissão de propostas de tese identifique estas situações e a aprovação do trabalho da tese esteja condicionada à autorização prévia desta consulta.

Com os melhores cumprimentos, *entre feliz*

O Regente da Unidade Curricular de Projecto Investigação

[Signature]
Prof. Doutor Silvério Cabrita

Anexo 3

Nº processo	Idade	Género	Residência	Tipo de patologias	Outras patologias eventuais	Tipo de intervenção clínica	Abordagem no âmbito da sedação	Estado actual	Nº de faltas
620/05	50	M	Vila Nova de Poiares	Doença motora cerebral	Atraso mental; epilepsia	Destarização; polimento; CO; DO	Apenas controlo comportamental	2012	0
245/04	18	F	Porto-de-Mós	Não colaborante	sem referência	nenhuma (não fez CO)	tentativa com N ₂ O/O ₂ sem resultado recusou midazolam 5mg IN	alta 2004	0
741/07	22	M	Aveiro	Epilepsia mioclónica	atraso mental	CO; Dest.; Polim.; DO	Propofol TCI 1,4 µg/ml Midazolam 2,5 mg IN N ₂ O/O ₂ + sevo	2011	0
806/98	30	F	Viseu	Atraso do desenv. psicomotor acentuado	sem referência	CO; Dest.; Polim.; DO	Propofol 88,8 mg (total) Diprivam EV Midazolam 4mg IN Terapia comportamental	2010	1
2315/08	9	M	Albergaria-a-Velha	Síndrome de Down	Tetralogia de Fallot; Hiperactividade; cardiopatia congénita: comunicação intra-ventricular perimembranosa subaórtica sem lesões associadas (fez cirurgia com 1A) bloqueios (BCRD); problemas asmáticos	Escovagem; Selantes; CO	Terapia comportamental	2011	0
1098/05	13	F	Coimbra	Não colaborante	sem referência	Polimento; DO	sem dados	2008	1
982/06	20	F		Paralisia cerebral	sem referência	DO; Destart.; Polim.; CO	Protóxido N ₂ O/O ₂ + sevo 0,2% Terapia comportamental N ₂ O/O ₂ + sevo 0,3% Midazolam 5mg IN	2012	
1828/07	13	M	Ourém	Síndrome Lesh-Nyem	auto-mutilação	goteira de relaxamento	sem dados	2007	0
1290/09	35	M	Vila Nova de Poiares	atraso mental	epilepsia; autista (? Só refere autismo num local do processo)	CO; DO; Destart.	Terapia comportamental	2011	
744/07	42	M	Coimbra	Paralisia cerebral	sem referência	CO;	Terapia comportamental	2008	0
259/99	22	M	Coimbra	Autismo	sem referência	DO; CO; Selantes	Midazolam IN 5mg	2003	0
1100/2011	7	M	Leiria	Não colaborante	sem referência	CO	N ₂ O/O ₂ + sevo	2011	0
313/08	47	M	Marinha Grande	epilepsia	Deficiência motora	CO	sem dados	2009	0
187/08	56	F	Anadia	sem dados	sem referência	CO; Dest.	N ₂ O/O ₂ + sevo 0,4%	2012	1
1347/11	40	M	Tondela	atraso psicomotor	sem referência	CO	sem dados	2011	0
2401/07	52	F	Figueira da Foz	sem dados	pneumotórax	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados
943/05	11	F	Tábua	Não colaborante	sem referência	Polimento	N ₂ O/O ₂ + sevo sem resultado encaminhada p/ HUC p/ Anes. geral	2005	0
1175/04	38	F	Aveiro	atraso psicomotor profundo	convulsões febris aos 6 meses epilepsia	CO	sem dados	2005	0
1018/08	22	F	Viseu	Autismo	atraso no desenvolvimento; miopia; diminuição da acuidade auditiva	CO; DO	recusou máscara do protóxido Terapia comportamental	2011	0
1242/06	27	F	Coimbra	epilepsia	asma	CO; DO; Destart.	protóxido Domicum Terapia comportamental Midazolam IN 5mg	2012	0
2026/10	29	F	Travassó	atraso profundo por anóxia neonatal	sem referência	Destart.; CO	N ₂ O/O ₂ + sevo 0,3% N ₂ O/O ₂ + sevo 0,2%	2011	0
1934/09	13	F	Aveiro	hiperactividade	sem referência	Escovagem	Terapia comportamental	2011	0
64/09	27	F	Coimbra	sem dados	sem referência	sem dados	sem dados	sem dados	0
622/09	28	F	Anadia	deficiência psicomotora profunda com dismorfia facial	lábio leporino	Destart.; polimento	Terapia comportamental	2011	0
1838/03	36	F	Oliveira do Hospital	atraso do desenv. Moderado/profundo	laqueação das trompas; psicose	Destart.; polimento	Midazolam IN 1cc = 5mg	2003	0
621/05	45	F	Coimbra	Paralisia cerebral		Destart.; polimento; DO	Midazolam IN 1cc Midazolam IN 4mg Midazolam IN 3mg Midazolam IN 5mg	2011	0
1564/11	19	F	Condeixa-a-Nova	atraso psicomotor	epilepsia	CO; DO	N ₂ O/O ₂ + sevo 0,4%	2011	0
889/06	37	F	Coimbra	atraso psicomotor	epilepsia	Destart.; CO; DO; polimento	Terapia comportamental	2010	1
1095/10	27	F	Cantanhede	atraso psicomotor moderado	epilepsia; hidrocefalia	Não foi possível fazer bt	Encaminhada p/ Anest. Geral	2010	0
1518/2011	25	F	Coimbra	atraso psicomotor profundo	epilepsia; lábio leporino (fenda primária e secundária)	Observação; CO	Propofol + MDZ	2011	0
64/2011	20	F	Viseu	anóxia neonatal	epilepsia; gastrostomia; estímulo do vagal	Destart. (má colaboração)	N ₂ O/O ₂ + sevo 0,4% N ₂ O/O ₂ + sevo 0,3%	2012	0
933/2012	25	F	Guarda	espinha bífida com mielomeningocele	atraso psicomotor	Não foi possível fazer bt	N ₂ O/O ₂ + sevo 0,6% MDZ 2,5mg IN	2012	0
1045/04	14	F	Penacova	sem dados	pneumonia	DO; CO; Orto; Destart.	N ₂ O/O ₂ + sevo	2008	0
857/08	30	F	Leiria	atraso do desenvolvimento	epilepsia; doença oelíaca; bronquiectasia	Não foi possível fazer bt	Encaminhada p/ Anest. Geral	2009	1
2128/04	13	F	Miranda do Corvo	ansiedade; saudável	sem referência	sem dados	Encaminhada p/ Anest. Geral porque não foi possível fazer bt mesmo após N ₂ O/O ₂	2005	0
1317/06	39	F	Oliveira do Hospital	atraso do desenvolvimento profundo	sem referência	CO; Destart.; DO; polimento	N ₂ O/O ₂ MDZ 5mg IN MDZ 2,5 mg IN	2012	0
1348/11	26	F	Santa Comba Dão	atraso psicomotor	oligofrenia	DO; CO	Terapia comportamental	2011	0
1019/10	43	F	Viseu	atraso do desenvolvimento profundo	sem referência	CO; Destart.; DO	N ₂ O/O ₂ + sevo MDZ 5mg IN Propofol TCI 1,5 µg/ml contenção física MDZ nasal 1cc	2012	0
587/05	30	M	Coimbra	Paralisia cerebral profunda	sem referência	Destart.	MDZ 2,5 mg IN MDZ 4 mg IN + N ₂ O/O ₂ + sevo 0,3% N ₂ O/O ₂ 50% MDZ 5 mg IN N ₂ O/O ₂ + sevo 0,4% contenção da cabeça N ₂ O/O ₂ a 50%	2012	1
851/98	34	M	Coimbra	atraso psicomotor	estrabismo; bronquite	DO; CO; Destart.; ENDO	MDZ IN MDZ 5 mg IN	2004	0
1794/10	22	M	Sertão	atraso do desenvolvimento cognitivo	Doente mal encaminhado - é colaborante	Precisa orto e destart.	sem dados	2010	0
1909/04	25	M	Albergaria-a-Velha	cardiopatia congénita já corrigida	Síndrome de Down; autismo	DO; CO; destart.	MDZ 2,5 mg IN Terapia comportamental MDZ 3mg IN	2010	1
817/06	30	M	Anadia	defici. psicomotora profunda pós meningite	epilepsia; deformidades nos membros infer.	CO;	N ₂ O/O ₂ + sevo N ₂ O/O ₂ a 50% N ₂ O/O ₂ + sevo 0,2% N ₂ O/O ₂ + sevo 0,4%	2011	0
2511/05	12	F	Montemor-o-velho	taquicardia; ansiedade; fobia	rinite alérgica	CO; DO	N ₂ O/O ₂ 40% N ₂ O/O ₂ + sevo 0,2% N ₂ O/O ₂ + sevo 0,3% N ₂ O/O ₂ + sevo 0,5%	2011	0
931/01	30	F	Mealhada	atraso do desenv. psicomotor profundo	amigalites frequentes; má mobilidade do	DO; Destart.; Polim.; CO	MDZ 5 mg IN	2012	0

					pesoço e ATM; tremores finos acentuados glaucoma		MDZ 4 mg IN soro fisiológico IN (?)		
33/03	17	F	Oliveira do Hospital	atraso ligeiro	sem referência	Não foi possível fazer bt	Encaminhada p/ Hospital Pediátri.	2005	0
500/08	28	F	Vila Nova de Poiares	atraso de desenvolvimento moderado	epilepsia; défice mental profundo	DO; ENDO; CO; destart.	N2O/O2 40% Terapia comportamental Propofol TCI 1 µg/ml	2012	
572/08	21	F	Seia	deficiência física e intelectual	epilepsia	sem dados	Encaminhada p/ Anest. Geral	2008	0
855/04	52	M	Gouveia	atraso psicomotor	sem dados	DO; Destart.; ENDO	Terapia comportamental	2011	0
925/09	40	M	Santa Comba Dão	atraso do desenvolvimento	reage com agressividade; oligofrenia	DO; CO; Destar.	N2O/O2 + sevo 0,3% recusou máscara do protótipo Terapia comportamental	2011	0
1447/10	77	M	Moita	deficiência física e motora	difficuldade em exprimir-se	CO	Terapia comportamental	2010	ALTA
1345/11	50	M	S. Miguel de Poiares	atraso mental	sem referência	CO	Terapia comportamental	2011	0
1021/04	49	M	Coimbra	Síndrome de Down	febre reumática; valvulopatia	DO; Destart.; Polim.	N2O/O2 50% N2O/O2	2005	4
1348/11	33	M	São Pedro do Sul	Défice psicomotor	sem referência	sem dados	nem sequer se sentou	2011	0
842/10	41	M	Viseu	Não refere qualquer patologia sem diagnóstico definido	Medicação: carbamazepina; haldol; lorazepam; akineton; clozapina	CO; Destart.	MDZ 5 mg IN N2O/O2 + sevo 0,4%	2012	0
891/08	40	M	Montemor-o-velho	Paralisia Cerebral	Atraso do desenvolvimento; asma; epilepsia oligofrenia	CO	N2O/O2 + sevo 0,3% MDZ 2,5 mg IN Encaminhado p/ CMF	2009	0
1187/04	52	M	Gouveia	esquizofrenia	sem referência	CO	não foi necessária sedação	2004	0
604/10	25	M	Oliveira de Frades	defíce de creatina	síncope; atraso no desenvolvimento	DO;	Terapia comportamental N2O/O2+ sevo 0,4%	2012	0
224/09	37	M	Coimbra	atraso psicomotor	sem referência	Ligeira Destart. pq não colaborou a abrir a boca		2009	1
343/00	51	M	Pombal	ansiedade	sem referência	DO; Destart.; Polimento; CO	MDZ 5 mg IN MDZ 2,5 mg IN MDZ 0,5cc MDZ 1mg IN MDZ 3mg IN MDZ 2 mg IN	2011	
1618/09	60	M	Mortágua	atraso do desenvolvimento	epilepsia; HTA; litíase vesicular; inf. Urinária oligofrenia	CO	Terapia comportamental Encaminhado p/ CMF	2010	1
770/04	48	M	Gouveia	saudável	sem referência	CO	Propofol TCI 1,8 mg/ml Associado Melleril 25mg e ADT Encaminhado p/ CMF	2004	0
1646/08	35	M	Manteigas	atraso no desenvolvimento psicomotor Síndrome de Collins	sem referência	DO; CO; Destart.; Polimento	Propofol EV Diprivam 10mg Diprivam EV N2O/O2 N2O/O2 + sevo N2O/O2 + sevo 0,3% MDZ IN N2O/O2 + sevo 0,4% Propofol TCI 1,8-2,0µg Propofol TCI 1,6-1,8µg/ml Propofol TCI 1-1,7µg/ml	2011	0
228/09	94	M	Lamego	sequelas de AVC	Doença de Parkinson	CO	sem sedação	2009	0
328/99	51	M	Anadia	atraso psicomotor	sem referência	CO; Destart.; Polimento	MDZ 5mg IN	2007	0
411/08	50	M	Cantanhede	atraso psicomotor profundo	epilepsia; paralisia cerebral; agressivo quando contrariado	Destart.; CO; Polimento	Terapia comportamental	2011	1
778/05	37	M	Vila Nova de Foz Côa	epilepsia	toxoplasmose durante a gravidez; obesidade atraso psicomotor	CO; Destart.; DO; polimento	MDZ 5mg IN Propofol TCI 1-1,2 µg/ml Propofol 1µg Terapia comportamental N2O/O2 + sevo + Propofol N2O/O2 + sevo 0,4% N2O/O2 + sevo 0,3% Diprivam Diprivam 1% EV	2012	1
1678/06	37	M	Coimbra	Anóxia neonatal com paralisia cerebral congénita	bronquite crónica; miopatia; inf. Urinárias	CO; DO	N2O/O2 + sevo N2O/O2 + sevo 0,3% N2O/O2 40% N2O/O2 + sevo 0,2% Terapia comportamental chegou a ser encaminhado p/ CMF	2011	1
445/12	52	F	Cantanhede	meningite com sequelas cognitivas	dermatose bolhosa auto-imune; acentuado défice cognitivo	sem bt realizados	sem bt realizados	2012	0
1378/10	24	M	Barra	Síndrome de Down	autismo	sem bt realizados	seguido pela AG do Hosp. De Aveiro	2010	0
1785/08	32	M	Figueira da Foz	atraso do desenvolvimento	fobia a agulhas	CO; Destart.; Polimento	não refere qual foi a medicação	2004	0
932/01	50	M	Mealhada	oligofrenia	pneumonia; comportamento agressivo; atraso do desenvolvimento profundo; défice de comunicação grave	CO; Destart.; Polimento	MDZ 5mg IN terapia comportamental	2012	0
1378/11	10	F	Guarda	Não colaborante	sem dados	não foi possível fazer bt	não colaborou	2012	0
1953/11	8	F	Albergaria-a-Velha	Fobia da cadeira	sem dados	DO; CO	N2O/O2 a 40% N2O/O2 a 40% + sevo 0,2%	2011	0
859/12	7	F	Maceira	Síndrome a esclarecer	diminuição da acuidade auditiva	DO; CO	Terapia comportamental	2012	0
784/08	11	F	Alcobça	atraso do desenvolvimento	Síndrome de rett (?) - s/ diagnóstico	CO	N2O/O2 + sevo 0,3%	2008	0
2038/04	88	F	Coimbra	epilepsia	bronquite crónica; artrite	CO	Terapia comportamental s/ condições p/ sedação (bronquite)	2004	0
152/10	38	M	Oliveira de Frades	epilepsia (orises diárias da medicação)	atraso do desenvolvimento profundo; disartria; diminuição da acuidade visual; ...	Destart.; Polimento; CO; DO	MDZ 5mg IN + contenção física Terapia comportamental N2O/O2	2012	0
1950/07	15	F	Lousã	Sopro cardíaco	hiperactividade	CO; DO	MDZ 5mg IN N2O/O2 + sevo 0,4% MDZ 5mg IN + N2O/O2 + sevo 0,4%	2012	0
2581/01	29	F	Soure	epilepsia	sem dados	CO	MDZ 5mg IN Domicum 1cc	2004	0
1383/08	30	M	Óbidos	atraso do desenvolvimento	epilepsia	CO;	N2O/O2 + sevo 0,3% N2O/O2 + sevo 0,2% Propofol TCI 1 µg/ml total: 40,30mg Propofol TCI 1,2 µg/ml total: 186,8mg	2012	0
508/02	38	M	Coimbra	Síndrome de Costello	atraso do desenvolvimento; ansiedade; nanismo; fobia da cadeira	Destart.; Polimento; CO; DO	MDZ 2,5mg IN + Propofol TCI 1,4 µg/ml MDZ 5mg IN + Propofol N2O/O2 + sevo 0,3% N2O/O2 + sevo 0,2%	2011	0
2572/04	18	M	Mortágua	atraso do desenvolvimento profundo	sem dados	DO; CO; Destart.; Polimento	N2O/O2 a 50% N2O/O2 + sevo 0,2% N2O/O2 a 40% N2O/O2 + sevo 0,4%	2012	0

2071/07	34	M	Anadia	anóxia neonatal	ansiedade; atraso psicomotor; dificuldade na expressão oral; diminuição da acuidade visual	CO; DO; Destart.	MDZ 5mg IN N2O/O2 + sevo 0,3%	2011	0
306/06	30	M	Coimbra	atraso psicomotor	sem dados	CO; DO;	N2O/O2 + sevo 0,3% MDZ 7,5mg IN MDZ 5mg IN MDZ 5mg IN + N2O/O2 a 50% MDZ 5mg IN + N2O/O2 + sevo 0,3%	2012	0
2407/03	39	F	Tondela	atraso mental	depressão	CO; DO; Destart.; Polimento ENDO	Propofol TCI 0,6-0,8µg/ml Propofol TCI 1,2 µg/ml N2O/O2 + sevo 0,3% MDZ 5mg IN + N2O/O2 a 50% MDZ 5mg IN MDZ 5mg IN + N2O/O2 + sevo 0,3% MDZ 5mg IN + N2O/O2 + sevo 0,4-0,2%	2012	0
1643/09	28	F	Miranda do Corvo	atraso do desenvolvimento	hiperactividade	CO; DO; Destart.; Polimento	N2O/O2 + sevo N2O/O2 50%	2011	0
1855/2011	35	F	Anadia	atraso psicomotor	sem dados	Destart.	N2O/O2 + sevo 0,4%	2011	0
343/08	38	F	Condeixa-a-nova	atraso psicomotor profundo	sem dados	DO; CO; Destart.	N2O/O2 50% N2O/O2 + sevo 0,3% MDZ 5mg IN N2O/O2 + sevo 0,4%	2012	0
2569/03	37	F	Coimbra	autismo	surdez profunda	CO	MDZ 5mg IN	2005	0
1700/01	25	F	Leiria	não colaborante	distúrbios da fala e aprendizagem	CO	MDZ 5mg IN	2003	0
57/02	28	F	Covilhã	Não colaborante	lábio leporino	seguida na CMF	sem dados	sem dados	0
1196/04	38	M	Aguilar da Beira	traumatismo craniano após acidente de viação	sem dados	CO	não foi necessária sedação	2004	0
1546/06	24	M	Viseu	atraso psicomotor severo	rinite; má colaboração	Destart.; Polimento; CO; DO; Implante; impressões; PF	N2O/O2 + sevo 0,3% N2O/O2 40% N2O/O2 50% Terapia comportamental houve consultas s/ necessidade de SC	2012	0
825/05	41	M	Mangualde	Paralisia Cerebral	tetraplegia espástica? não comunica verbalmente; boa perceção por gestos	Destart.; CO; Polimento;	Terapia comportamental MDZ 5mg IN houve consultas s/ necessidade de SC	2010	1
1198/09	41	M	Coimbra	epilepsia de difícil controlo	sem dados	s/ indicação para SC	Encaminhado p/ CMF	1999	0
2507/04	s/ dado	s/ dado	Gouveia	atraso psicomotor grave	sem dados	sem txt realizados	não colaborou e decidiu adiar txt	2004	0
1808/08	37	M	Lousã	atraso do desenvolvimento profundo	convulsões febris aos 3 meses; bronquite não comunica verbalmente	CO	Terapia comportamental	2009	0
2345/06	27	M	Gouveia	atraso psicomotor	não colaborante; epilepsia; dificuldade na comunicação	DO; Polimento; Destart.; ENDO CO	MDZ 5mg IN Terapia comportamental Domicum 1/2 amp 1,5 ml MDZ MDZ 1cc IN	2012	1
944/02	15	M	Coimbra	hiperactividade	não colaborante	DO	terapia comportamental	2005	0
383/07	47	M	Santa Comba Dão	atraso psicomotor	bronquite crónica; asma; má comunicação	CO; Destart.; Polimento	N2O/O2	2007	0
572/04	29	F	Marinha Grande	atraso do desenvolvimento	não colaborante	ART (com IRM)	MDZ 7,5mg IN (ñ permitiu txt: p/ AG) MDZ 4mg IN + N2O/O2 s/ sucesso N2O/O2 + sevo 0,3%	2009	0
581/02	25	F	Soure	hipotiroidismo; meningite	sem dados	DO; CO	Terapia comportamental	2011	0
1454/09	8	F	Monte Redondo	hidrocefalia	atraso do desenvolvimento; não colaborante	Escovagem;	Encaminhada p/ HPC	2011	0
3108/09	19	F	s/ nº processo dos HU	atraso do desenvolvimento profundo	crises epilépticas incontroláveis; hipotonia	CO (?)	não compatível com SC	2004	0
863/10	28	F	Tondela	Síndrome de Rett	problemas de coluna	CO; DO	Terapia comportamental	2012	0
209/05	34	F	Oliveira de Frades	paralisia cerebral	epilepsia; bronquite crónica; atraso psicomotor profundo; não comunica verbalmente	CO; Destart.; Polimento; DO	terapia comportamental s/ necessidade SC nalgumas consultas	2011 faleceu 2012	0
1433/08	29	F	Batalha	Não colaborante	sem dados	Encaminhada p/ CMF	MDZ s/ sucesso	2008	0
342/00	25	F	Alcobaga	Síndrome de Down	ansiedade; adenoidectomia + tubos de sheppard; broncopneumonia	CO; Escovagem	MDZ 5mg IN	2004	0
319/09	40	F	Mira	Paralisia Cerebral	vómito fácil	colocação de IRM; escovagem	N2O/O2 a 12% s/ sucesso (vómito) não compatível com SC	2009	0
172/99	40	F	Bombarral	Rubéola intra-uterina	atraso do desenvolvimento psicomotor; cataratas congénitas; invisual	CO; Destart.; Polimento; DO ENDO	MDZ 5mg IN Propofol TCI 1,6µg/ml Propofol TCI 1,7µg/ml Propofol TCI 1,8µg/ml Propofol TCI 1,6-1,8µg/ml Propofol TCI 2µg/ml Propofol TCI 1,5µg/ml Propofol TCI 1,7µg/ml total: 137,5mg	2011	1
3049/02	32	F	Pombal	epilepsia?	s/ dados no processo	sem txt realizados	sem dados	sem dados	0
2238/07	35	F	Batalha	anóxia neonatal	refluxo gastro-esofágico; hémia do ducto com cirurgia (aparelho digestivo); atraso psicomotor; paralisia cerebral s/ epilepsia	Destart.; CO; DO; Escovagem	terapia comportamental	2011	0
72/09	24	F	Porto-de-Mós	depleção do cromossoma 13	paralisia cerebral; fácies dismórfico; fenda do palato; diminuição da acuidade visual e auditiva; não comunica verbalmente nem por gestos	Destart.; Polimento; CO; DO	N2O/O2 + sevo 0,2%	2012	0
2188/98	28	F	Oliveira de Azemeis	atraso do desenvolvimento psicomotor	sem dados	ENDO; DO;	MDZ 5mg IN	1999	1
2315/03	31	F	Coimbra	anóxia neonatal	atraso do desenvolvimento psicomotor profu. epilepsia	sem txt realizados	Encaminhado p/ AG	2003	1
1195/2011	25	F	Viseu	atraso do desenvolvimento	convulsões aos 6 meses; epilepsia; anemia não colaborante	CO	N2O/O2 + sevo 0,4%	2011	0
2290/99	23	M	Montemor-o-velho	hiperactividade	sopro cardíaco; miopia; estrabismo; paralisia cerebral	CO; DO; ENDO; fez consultas na CMF	MDZ 5mg IN MDZ 4mg IN Propofol Propofol 0,6µg/ml N2O/O2 + sevo 0,3% Propofol TCI 0,8µg/ml Propofol TCI 1,7µg/ml Propofol TCI 1,6µg/ml Propofol TCI 1,1-1,7µg/ml N2O/O2 + sevo 0,4%	2012	1
2631/97	34	F	Vila Nova de Poiares	deficiência mental	sem dados	Destart.; Polimento; CO; DO PPR	Terapia comportamental MDZ 5mg IN	2011	0
682/06	17	F	Nazaré	Síndrome de Down	sem dados	tentativa de CO s/ sucesso	N2O/O2 + sevo 0,3% Encaminhado p/ CMF	2009	0
2189/07	48	F	Coimbra	s/ dados no processo	sem dados	CO	Propofol TCI 0,8µg/ml	2007	0
787/09	31	F	Pampilhosa	atraso psicomotor	anóxia neonatal?; ansiedade	CO;	MDZ 5mg IN Propofol TCI 1,4µg/ml Propofol TCI 1,5µg/ml N2O/O2 + sevo 0,4% N2O/O2 + sevo 0,8%	2012	0
913/10	29	M	Oliveira do Bairro	Síndrome de Lennox-Gastaut	epilepsia; diabetes NID; Síndrome de west.	DO; Destart.	N2O/O2 + sevo 0,4%	2012	0

				hispamitria; sequelas de sofrimento fetal; deficiência mental; atraso psicomotor graves problemas de comunicação		N2O/O2 + sevo 0,5%			
443/07	20	M	Figueira da Foz	sequelas de meningite aos 8 anos	ansiedade; hiperactivo; sequelas de gaguez; atraso do desenvolvimento; pouco colaboran.	DO; Destart.; Polimento	Propofol TCI 1,4µg/ml Propofol TCI 1,1µg/ml	2008	3
1127/05	12	F	Arrabal	convulsões neonatais generalizadas	sem dados	DO;	N2O/O2 Encaminhado p/ CMF (ñ colaborou na 2ª consulta)	2005	0
1017/10	18	F	Mortágua	s/ dados no processo	agressiva na consulta	observação	contenção física	2011	0
1888/09	26	F	Praia de Mira	s/ dados no processo	não respondeu a estímulos verbais na consul cadeira de rodas	CO	Terapia comportamental	2009	0
1829/07	26	F	Souzelas	Síndrome de Down	hipotiroidismo; patologia valvular mitral	DO; Escovagem	Terapia comportamental desistiu da consulta pela distância	2008	0
2742/05	23	M	Vilar de Besteiros	atraso do desenvolvimento psicomotor	autismo; epilepsia; psicose	DO; CO; Escovagem	N2O/O2 + sevo 0,3% N2O/O2 + sevo 0,2% N2O/O2 40% N2O/O2 50%	2011	0
833/08	35	M	Vieira de Leira	atraso psicomotor	convulsões aos 7 meses	Destart.;	N2O/O2 + sevo MDZ 5mg IN + N2O/O2 + sevo 0,3% Propofol TCI 1,9µg/ml N2O/O2 + sevo 0,4% contenção física	2011	0
963/10	11	M	Marinha Grande	paralisia cerebral	autismo; não colaborante	sem bt realizados	tentativa com N2O/O2 + sevo 0,3% s resultado. Encaminhado p/ AG	2010	0
225/09	9	M	Cantanhede	cirurgia a uma hérnia... (ñ legível)	sem dados	sem bt realizados	Encaminhado p/ consulta de ODP	2009	0
219/09	35	F	Pombal	fobia ao dentista	sem dados	Destart.		2009	1
390/04	16	M	s/ nº de processo	Síndrome de Cornéia de Lange	deformação facial com persistência do palato		Aguarda consulta no HP	2004	0
597/06	30	M	Cantanhede	Síndrome de Mardeu Walker	cofeoscoliose	CO; Destart.; Polimento;ENDO	N2O/O2 a 50% N2O/O2 + sevo 0,2% N2O/O2 a 40%	2011	0
1238/11	22	M	Tábua	anóxia neonatal	paralisia cerebral; atraso psicomotor; epilepsia	CO	N2O/O2 + sevo 0,6% imobilização da cabeça Terapia comportamental	2011	0
473/01	20	M	Arganil	hiperactivo	fobia de agulhas; ligeiro atraso mental	não colaborou	MDZ 5mg IN Encaminhado p/ HP	2004	0
1521/11	7	M	Pombal	autismo	delecção 3	Observação		2011	0
139/07	40	F	Mira	Síndrome de Down	obesidade		encaminhado p/ CMF	2003	0
448/08	15	M	Caranguejeira	atraso do desenvolvimento (atrofia do SNC)	antecedentes de refluxo	DO; CO;	N2O/O2 + sevo 0,2% N2O/O2 + sevo 0,3%	2009	1
1928/06	29	M	Tondela	atraso do desenvolvimento psicomotor	défiço de creatina	Destart.; CO; DO;	MDZ 5mg IN N2O/O2 + sevo 0,2% terapia comportamental	2011	0
2721/00	23	M	Seia	Síndrome de Down	Síndrome de Turner; estrabismo	Só consultas de ODP	sem dados		0
1854/10	7	F	Gouveia	paralisia cerebral após sépsis	refluxo gastro-xfagico	DO	Terapia comportamental	2012	0
161/08	27	F	Oliveira do Hospital	deficiência mental	ansiedade; psicose	CO	N2O/O2 + sevo 0,2%	2008	0
2288/08	20	F	Montemor-o-velho	atraso do desenvolvimento		CO; impressões; PPR; DO Destart.	N2O/O2 + sevo 0,3% Terapia comportamental	2012	0
814/07	17	M	Miranda do Corvo	paralisia cerebral	epilepsia; tetraparésia espástica; convulsões ligeiras ocasionais; não comunica verbalmente	DO; Destart.; Escovagem	N2O/O2 + sevo 0,2% Terapia comportamental	2011	0
1270/08	59	F	Porto-de-Mós	atraso do desenvolvimento	hepatite; paralisia cerebral; alt. da fala	CO	N2O/O2 + sevo 0,2% MDZ 2,5mg IN	2009	0
770/10	60	M	Anadia	atraso psicomotor profundo	ansiedade; psoríase	Destart.; CO	terapia comportamental	2011	0
1881/08	26	M	Marinha Grande	autismo	paralisia cerebral	tentativa de CO s/ sucesso	N2O/O2 + sevo MDZ 5mg IN Encaminhado p/ CMF	2008	0
508/08	21	M	Miranda do Corvo	atraso do desenvolvimento	epilepsia	DO; ENDO; Escovagem	N2O/O2 MDZ 5mg IN	2011	0
2380/08	13	M	Coimbra	síndrome polimorfomativo	problemas neonatais não esclarecidos rim em feradura; infecções urinárias freq.	DO; Escovagem; CO; Destart.	terapia comportamental	2010	0
958/05	23	M	Aveiro	atraso do desenvolvimento	epilepsia; apneia do sono;	Destart. não compatível e/ SC	N2O/O2 a 50% + sevo 0,2% Encaminhado p/ CMF	2005	0
1350/11	22	M	Montemor-o-velho	autismo	sem dados	CO; Escovagem	terapia comportamental	2011	0
341/00	23	F	Viseu	Síndrome polimorfomativo	cirurgia de correção da fenda do palato atraso psíquico; ansiedade; atrofia cerebral generalizada; facies simulando nanismo de Pitt; oroneosinostose; alt. Esqueléticas múlt.	CO; Escovagem; Destart.	MDZ 2,5mg IN	2011	0
454/04	66	F	Caramulo	atraso do desenvolvimento psicomotot	meningite aos 3 meses; não fala	CO;	MDZ 5mg IN	2008	0
1332/06	40	F	Coimbra	deficiência motora	epilepsia	não colaborante	sem dados	2008	1
2740/05	76	F	Cantanhede	HTA	diabetes; dislipidémia; alzheimer; AVC; disrítmias	CO; Destart.; Polimento	Terapia comportamental	2008	0
223/08	39	F	Bombarral	anóxia de parto	doença periodontal	Destart.; Polimento	MDZ 5mg IN + N2O/O2 + sevo 0,3% MDZ 7mg IN + N2O/O2 + sevo 0,4% N2O/O2 + sevo 0,6%	2011	0
754/10	21	M	Viseu	Síndrome de Angelman (cromossoma 15)	não comunica verbalmente	Destart.; Polimento	N2O/O2 + sevo 0,3%	2011	0
37/08	22	M	Leiria	Síndrome do X frágil	sem dados	CO; DO; Destart.	N2O/O2 a 50% N2O/O2 + sevo 0,2% N2O/O2 + sevo 0,3% N2O/O2 + sevo 0,4%	2011	0
900/03	34	M	Montemor-o-velho	patologia neurológica genética ?	hipercolesterolemia; tetraplégico?	CO; Destart.; Polimento; DO	Terapia comportamental	2012	0
1418/10	37	M	Castanheira de Pêra	atraso psicomotor		Destart.; Polimento; DO	Terapia comportamental N2O/O2 + sevo 0,4%	2011	0
1011/04	43	M	Ourém	tumor cerebral operado há 22 anos	sem dados	Encaminhada p/ CMF	sem dados	sem dados	0
1125/05	28	M	Leiria	Síndrome de Down	ansiedade; obesidade	tentativa de CO s/ sucesso	tentativa com N2O/O2 s/ sucesso Encaminhado p/ CMF	2005	0
1283/07	17	M	Marinha Grande	Síndrome de Angelman	epilepsia	Encaminhada p/ CMF	tentativa de MDZ 5mg IN	2008	0
1219/05	14	M	Coimbra	agenesia do corpo caloso	epilepsia; ansiedade; atraso do desenvolvim. hiperactividade	DO;	N2O/O2 a 50% N2O/O2 + sevo Encaminhado p/ HP (ñ colaborou)	2006	0
788/12	30	M	Cantanhede	s/ dados no processo	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	0
1208/09	9	M	Castelo Branco	meningite streptocócica	valvulopatia aórtica (insuficiência) por EB prótese valvular aórtica; ansiedade	DO; Selantes; Escovagem; Flúor; CO	Terapia comportamental N2O/O2 + sevo 0,2%	2012	2
1919/06	16	F	Arganil	hipomelanose de ITO	epilepsia; atraso profundo	não colaborante	sem dados	2008	0
719/13	8	M	Coimbra	saudável - s/ outros dados no processo	sem dados	CO	s/ referência se fez sedação	2012	0
798/00	35	M	Cantanhede	autismo	cego, atraso profundo; agressivo; s/ colabora		Encaminhado p/ CMF	sem dados	sem dados
957/11	20	M	Gulmarães	s/ dados no processo	foi às urgências por traumatismo e fez controlos e ortodôncia		s/ referência se fez sedação	sem dados	sem dados
2287/06	11	M	Coimbra	s/ dados no processo	foi p/ consulta de ODF			sem dados	sem dados
3088/02	29	M	Aveiro	anóxia cerebral aos 2A (convulsões febris)	atraso do desenvolvimento	CO	não foi necessária sedação	2002	0
1632/07	16	M	Leiria	hipóxia neonatal (prematuidade)	hiperactividade neuromuscular; convulsões	CO	N2O/O2 + sevo	2007	1

				em bebé; doença das membranas hialinas (em bebé); asfixia perinatal grave					
335/08	10	M	Leiria	autismo	pouco colaborante	CO	N2O/O2 MDZ 5 mg IN	2009	1
685/09	19	M	Lagos	atraso do desenvolvimento psicomotor profu	epilepsia; possível síndrome de lennox-gastaut; hiperlactacidémia	DO; Escovagem; CO	Terapia comportamental N2O/O2 + sevo 0,3% N2O/O2 + sevo 0,2%	2011	0
1077/09	59	F	Vila Nova de Poiares	Síndrome de Down	diminuição da acuidade auditiva	CO; Escovagem; Destart.; DO	recusou máscara do protótipo MDZ 5mg IN MDZ 2,5mg IN	2011	0
2591/03	84	M	Coimbra	Alzheimer	cirurgia à bexiga; HTA; não fala e não responde a ordens simples	CO	Terapia comportamental	2008	0
1170/07	60	M	Coimbra	s/ dados no processo	sem dados	sem dados	sem dados		0
1474/02	15	M	Coimbra	Síndrome de Down	sem dados	não permitiu tratamento	MDZ 2,5mg e N2O/O2 + sevo 0,3%	2005	0
220/09	12	M	Sobral	sem dados	asma de esforço; atopia	não permitiu tratamento	encaminhado p/ HP	2009	0
2623/05	16	M	Lousã	autismo	sem dados	sem dados	encaminhado p/ HP	2005	1
603/10	29	M	Viseu	défice de creatina	sem dados	CO; Observação; DO	N2O/O2 + sevo 0,3% N2O/O2 + sevo 0,4%	2012	0
2040/08	27	M	Santa Comba Dão	alteração cromossómica s/ síndrome definida trissomia 7	atraso do desenvolvimento psicomotor; colesteoltemizado; refluxo; epilepsia não comunica verbalmente	Destart.; Polimento; Escovagem não colaborante	MDZ 5+2,5mg IN Propofol TCI 2µg/ml encaminhado p/ AG	2011	0
2125/04	15	M	Anadia	s/ episódios dignos de registo	ansiedade; vômito fácil	DO	N2O/O2 e colaboração difícil	2004	0
1525/00	34	M	Nelas	atraso do desenvolvimento psicomotor por traumatismo cranio-encefálico aos 5A	epilepsia	CO; DO; Destart.; Polimento	MDZ 5mg IN MDZ 5+2,5mg IN Propofol TCI 1µg/ml N2O/O2 + sevo + Propofol	2007	1
479/2012	48	F	Leiria	paralisia cerebral	sem dados	desgaste selectivo; CO	N2O/O2 + sevo 0,2%	2012	0
1329/08	17	M	Viseu	atraso do desenvolvimento profundo s/ causa conhecida	sem dados	CO; DO	N2O/O2 + sevo MDZ 5mg IN	2010	0
562/08	31	M	Fafe	epilepsia	atraso mental; não fala	CO; Destart.;	N2O/O2 a 50% N2O/O2 N2O/O2 a 40% Terapia comportamental	2011	0
453/04	16	F	Mira	Síndrome de Down	catarratas; miopia; cirurgia aos 2A a CIV	Escovagem;	não colaborante; s/ condições p/ SC	2012	0
1024/09	13	F	Seia	engano na consulta	sem dados	sem dados	sem dados		0
1196/2011	22	F	Penacova	anóxia neonatal		CO; Destart.	N2O/O2 + sevo 0,5% não colaborante	2011	0
389/05	15	F	Figueira da Foz	sem dados	ansiedade; refluxo do vômito	CO	N2O/O2	2005	0
933/05	11	M	s/ processo dos HUC	paralisia cerebral (hemiparésia esq)	epilepsia; hiperactividade	indicado para AG	Encaminhado p/ HP	2008	0
1162/09	16	M	Aveiro	autismo	má colaboração		má colaboração	2009	0
2628/03	25	M	Lousã	convulsão febril aos 3A compatível com anóxia cerebral	comportamento autista; pouca comunicação	CO; DO; Destart.; Escovagem impressões	MDZ 5mg IN MDZ 4+2mg IN N2O/O2 + sevo 0,3% N2O/O2 a 50% N2O/O2 a 40% N2O/O2 a 50% + sevo 0,2%	2011	0
570/09	15	F	Leiria	Síndrome de Down	cardiopatía congénita; hipotiroidismo	DO; Escovagem	N2O/O2 + sevo N2O/O2 + sevo 0,3%	2010	2
162/09	44	F	Tábua	atraso do desenvolvimento psicomotor	alteração do comportamento recente Diabetes?	Destart; Polimento não colaborante	N2O/O2 + sevo 0,3% Encaminhado p/ CMF	2008	0
612/00	37	F	Arganil	paralisia cerebral	estrabismo; dificuldade na linguagem	DO;	MDZ 5mg IN MDZ 2,5mg IN	2012	0
2142/02	47	F	Mealhada	anóxia neonatal?	estrabismo?; ansiedade; não colaborante; vômito fácil	Destart.; Polimento;	N2O/O2 Propofol TCI 1,5µg/ml total: 133,6mg MDZ 5mg IN MDZ 5+2,5mg IN MDZ 5mg IN + N2O/O2 + sevo	2012	0
823/09	36	F	Castelo Branco	convulsões febris aos 11meses	epilepsia; atraso do desenvolvimento psicomotor	DO; Destart.; Escovagem	N2O/O2 a 40% N2O/O2 + sevo 0,4% imobilização da cabeça N2O/O2 + sevo 0,5%	2011	0
864/00	56	F	Oliveira do Hospital	sem dados	bronquite	não foi possível fazer bit	MDZ IN + Propofol	2004	0
1328/08	10	M	Oliveira do Hospital	fleimão cervical de causa dentária	fobia ao dentista	Selantes; CO	N2O/O2 a 40% N2O/O2 a 56%	2009	0
1103/10	13	M	Vila Nova de Gaia	Síndrome de Alport	ansiedade; epilepsia	CO; DO	N2O/O2 + sevo 0,4%	2011	0
1796/10	23	M	Viseu	autismo	surdez; mudez	CO;	Terapia comportamental	2012	0
745/07	26	M	Coimbra	Síndrome de Down	sem dados	CO; Destart; Polimento	Terapia comportamental	2007	0
1987/05	81	M	Figueira da Foz	AVC recente (hemiparésia esq)	HTA; hepatite; ansiedade; comunicação difícil	Destart; Polimento; CO;	Terapia comportamental	2008	0
2154/03	39	M	Leiria	atraso do desenvolvimento psicomotor e/ hemiparésia dta	epilepsia aos 14 meses e/ regressão do desenvolvimento	CO; Destart.; Escovagem	Propofol TCI 1,2µg/ml Propofol TCI 0,5-1,1µg/ml	2004	0
1653/04	24	M	Coimbra	atraso do desenvolvimento psicomotor	sem dados	CO; não colaborante	recusou qq abordagem terapêutica encaminhado à CMF	2005	1
352/2012	28	M	São Pedro do Sul	trissomia 13	não comunica verbalmente	DO	N2O/O2 + sevo 0,4% Terapia comportamental	2012	0
1192/07	32	M	Sabugal	atraso psicomotor profundo	epilepsia; paralisia cerebral; diabético; miopia; glaucoma	CO; Escovagem;	Propofol TCI 0,5µg/ml Propofol TCI 0,3µg/ml Propofol TCI 0,5-0,7µg/ml N2O/O2 + sevo + MDZ	2009	0
1850/04	26	M	Lorvão	Síndrome de Down	comunica com limitações	CO; DO; Destart.	Terapia comportamental	2012	0
1620/10	21	M	Vila Nova de Poiares	défice psíquico?	não comunica verbalmente e não ouve	Destart; DO;	N2O/O2 + sevo 0,4% Terapia comportamental	2012	0
402/06	8	M	Condeixa-a-nova	Síndrome de Williams	sopro cardíaco; atraso do desenvolvimento	Selantes; CO	N2O/O2 a 50%	2012	0
35/08	14	M	Figueira da Foz	autismo	atraso psicomotor; bronquiolites	CO; DO;	N2O/O2 + sevo N2O/O2 + sevo 0,3%	2011	0
1023/04	16	M	Vila Nova Paiva	epilepsia desde os 4 meses	atraso psicomotor; dificuldade em pronunciar as palavras com clareza	CO; DO; Escovagem	N2O/O2 N2O/O2 + sevo N2O/O2 + sevo 0,3%	2010	0
679/04	28	M	Gouveia	atraso psicomotor ligeiro	problemas mentais controlados	CO; Destart	N2O/O2 a 50% N2O/O2 + sevo 0,3%	2006	2
319/09	36	M	Santa Maria da Feira	oligofrenia	alterações comportamentais	CO;	N2O/O2 + sevo 0,3%	2009	0
2177/04	21	M	Viseu	atraso do desenvolvimento	sem dados	sem dados	sem dados		1
962/11	25	M	Aveiro	autismo	atraso do desenvolvimento; cirurgia pulmonar por enfisema em 2011	CO; DO; Destart.	N2O/O2 + sevo 0,5% N2O/O2 + sevo 0,8-0,2%	2012	0
825/11	59	M	Coimbra	formação na mucosa jugal	cirurgia à próstata em 2009	exissão de nódulo e sutura	sem dados	2011	0
1498/04	49	M	Cantanhede	epilepsia	atraso psicomotor	sem dados	não na consulta de sedação	sem dados	sem dados
2207/08	52	M	Penacova	atraso mental	alterações comportamentais	CO; Destart.	Terapia comportamental	2011	0
384/04	51	M	Pombal	atraso psicomotor	sem dados	CO; Destart.	Propofol TCI 1,1µg/ml	2004	0
1639/03	54	M	Oliveira do Hospital	epilepsia	atraso do desenvolvimento psíquico ligeiro	CO	MDZ 5mg IN	2003	0
2011/02	51	M	Mealhada	s/ dados no processo	sem dados	CO; DO	MDZ 5mg IN	2005	0
1163/09	40	M	Viseu	atraso mental grave	crises de agressividade; esquizofrenia	CO; Destart.; DO;	N2O/O2 + sevo 0,4%	2011	0

298/07	8	F	sem dados	s/ dados no processo	não colaborante	encaminhada p/ AG	sem dados		
118/99	87	F	Oliveira do Hospital	síndrome de down	não colaborante	CO	Propofol TCI 0,7µg/ml MDZ 5mg IN	2003	0
2625/05	23	F	São Pedro do Sul	microcefalia com atraso psicomotor	atrésia intestinal? (cirurgia); ansiedade valvulopatia mitral; dificuldade em comunicar	DO; CO; Destart.; Polimento escovagem	MDZ 2.5mg IN N2O/O2 MDZ 5mg IN	2011	0
829/11	51	F	Mealhada	atraso mental	cirurgia a fibromia abdominal	s/ consulta de SC	sem dados	sem dados	sem dados
1612/98	50	F	Coimbra	esclerodermia	úlceras gástricas; ataques de pânico; HTA; depressão	CO	terapia comportamental	2007	0
1494/09	27	F	São Pedro do Sul	Síndrome de Down	cirurgia valvular; estenose mitral; regurgitação tricuspide	CO; Destart; DO; escovagem	N2O/O2 + sevo 0.3% N2O/O2 + sevo 0.4%	2012	0
818/09	64	F	Vila Nova de Poiares	atraso do desenvolvimento psicomotor	epilepsia; paralisia cerebral	CO	terapia comportamental	2011	0
1858/06	46	F		deficiência?	não comunica verbalmente	CO	N2O/O2 + sevo 0.4%	2011	0
1101/01	53	F	Coimbra	tiroidectomia	sem dados	CO	N2O/O2 a 30%	2005	0
26/2006	44	F	Coimbra	Síndrome de Down	sem dados	Destart; Polimento; DO; CO escovagem	terapia comportamental	2011	0
3073/96	44	F	Vagos	paralisia cerebral	anóxia neonatal; movimentos involuntários	DO; flúor; Destart; Polimento; escovagem; ppr	MDZ 5mg IN MDZ 2.5+2.5mg IN MDZ 2.5mg IN	2012	1
1472/07	57	F	Figueira da Foz	fobia	cirurgia a megacólon; fumadora	cirurgia de retalho	N2O/O2	2007	0
1639/07	40	F	Montemor-o-velho	s/ dados no processo	diabetes	CO; escovagem; ENDO; Destart; DO; polimento	MDZ 5mg IN	2011	0
781/08	44	F	Vieira de Leiria	Síndrome de Down	hipercolesterolemia	CO; Destart; polimento	N2O/O2 a 40% terapia comportamental	2009	0
10-/2010	47	F	Viseu	Síndrome de Down	queimadura graves aos 14A	observação	lista de cirurgia / necessita de AG	2010	0
2517/05	14	F	Guarda	ansiedade	sem dados	CO	N2O/O2 + sevo 0.2% não colaborou na 2ª consulta	2006	1
73/09	38	F	Viseu	atraso do desenvolvimento profundo	epilepsia?; autismo profundo; dificuldade em comunicar	Destart; CO; DO;	N2O/O2 + sevo 0.3% N2O/O2 + sevo 0.4% N2O/O2 + sevo 0.6%	2012	0
1768/02	48	F	Coimbra	deficiência mental	comunica pouco verbalmente	CO; Destart; DO; polimento	MDZ 5mg IN N2O/O2 terapia comportamental	2012	0
293/12	57	F	Oliveira do Conde	paralisia cerebral	diabetes	CO	s/ informação	2012	0
2744/05	12	F	Anadia	s/ dados no processo	sem dados	DO	sem dados	2005	0
1352/03	34	F	Ilhavo	paralisia cerebral	anóxia neonatal; epilepsia; dermatomiose	Destart; polimento; ENDO; extração de espícula de osso	MDZ 5mg IN MDZ 2,5mg IN	2012	2
520/05	31	F	Coimbra	atraso do desenvolvimento	epilepsia; mal comportada	CO	N2O/O2 a 50% N2O/O2 + MDZ 2,5mg IN s/ sucesso p/ CO; encaminhada p/ CMF	2005	0
162/10	12	F	Leiria	epilepsia; dificuldade de aprendizagem	sem dados	DO	N2O/O2 + sevo 0.5%	2010	0
1678/08	17	F	Nazaré	atraso psicomotor profundo	anóxia neonatal; autismo; não fala; paralisia cerebral	Destart; polimento; DO	N2O/O2 + sevo 0.2% N2O/O2 a 50%	2011	0
1018/10	18	F	Belmonte	anóxia neonatal	epilepsia	CO; DO	N2O/O2 + sevo 0.3% N2O/O2 + sevo 0.4%	2012	0
334/06	76	F	Alcobaça	refluxo acentuado	anemias graves (transfusão); apendicectomia refluxo após refeições; gastrite; tosse seca; febre dos fenos; HTA; possível S. Sjogren	sem dados	faltou à 1ª consulta de sedação	2006	1
1678/11	24	F	Tondela	sem dados	epilepsia até aos 5 anos	sem dados	mãe diz não precisa desta consulta	sem dados	sem dados
1317/11	41	F	Águeda	atraso psicomotor	nanismo; amigdalectomia	DO; Destart;	N2O/O2 + sevo 0.2%	2011	0
27/2004	31	M	Oliveira do Hospital	convulsões neonatais (hipóxia?)	epilepsia; atraso psicomotor; reflexo do vômito	CO; Destart; Polimento	Propofol TCI 1,1µg/ml Propofol TCI 1µg/ml MDZ 5mg IN	2004	0
1910/04	44	M	Figueira da Foz	deficiência mental	sem dados	sem dados	faltou à 1ª consulta de sedação	2004	1
1205/05	29	F	Gouveia	atraso psíquico	sem dados	CO	N2O/O2 + sevo	2006	0
2259/08	21	F	Leiria	crromossomatia nº 8 (extra braço curto SIC)	epilepsia; sopro cardíaco na infância	DO; CO;	N2O/O2 + sevo 0.2% N2O/O2 + sevo 0.3% N2O/O2 + sevo 0.6% contenção física	2011	0
1114/08	21	F	Leiria	epilepsia	sem dados	DO; Destart; Polimento;	N2O/O2 a 50% N2O/O2 a 50% + sevo 0.3% N2O/O2 + sevo 0.3%	2011	0
1506/06	14	F	Anadia	ansiedade	obesidade; "muito mimada"	DO; CO	N2O/O2 + sevo 0.3% terapia comportamental (recusou SC) alta para consulta normal	2007	0
699/10	22	F	Penacova	autismo	sem dados	DO; Destart; Polimento;	terapia comportamental	2012	0
957/2011	12	F	Viseu	autismo	incapacidade em colaborar	CO	N2O/O2 + sevo	2011	0
3105/99	36	F	Águeda	atraso do desenvolvimento	epilepsia; hidrocefalia; dilatação ventricular substituição da válvula de derivação ventricular peritoneal em 03; letartan em 99; asma bron- quica alérgica; anemia?; obesidade mórbida miopia operada 4x; paralisia cerebral com 1A	ENDO; DO; CO; escovag; Destart;	MDZ 4mg IN MDZ 5mg IN N2O/O2 + sevo 0.2% N2O/O2 a 40%	2011	0
2849/02	18	M	Anadia	paralisia cerebral	sem dados	sem dados	não colaborou o/ SC. Encaminhado	2003	0
918/10	59	F	Vila Nova de Paiva	aracnoidocelo hipofisário	sem dados	CO; DO	N2O/O2 + sevo 0.4%	2011	0
2021/10	14	M	Covilhã	ansiedade	fobia; amigdalectomia	CO	terapia comportamental	2010	0
680/06	41	M	Penacova	autismo	epilepsia; atraso mental e motor severos apendicectomia aguda + peritonite	CO; Destart; Polimento; ENDO	N2O/O2 a 30% MDZ 2.5mg IN terapia comportamental	2011	0
124/11	37	M	Leiria	Síndrome de Down	sem dados	CO	terapia comportamental N2O/O2 a 50%	2011	0
65/2012	38	M	Vila Nova de Gaia	traumatismo crâneo-encefálico (trauma fim de parto?)	atraso do desenvolvimento; dificuldade na comunicação	Destart; polimento	terapia comportamental	2012	0
922/2012	21	M	Seia	anóxia neonatal?	atraso psicomotor; articula mal as palavras; autista?	Destart	N2O/O2 + sevo 0.6% + MDZ 5mg IN	2012	0
1176/06	37	F	Lousã	sem dados	sem dados	sem dados	faltou à 1ª consulta de SC	sem dados	sem dados
1156/09	18	F	Pombal	atraso psicomotor	expressa apenas algumas palavras	DO; escovagem;	N2O/O2 + sevo 0.3% N2O/O2 a 50% terapia comportamental	2012	0
1324/09	13	F	Batalha	pânico de tratamentos dentários	ansiedade	CO	N2O/O2 + sevo 0.3%	2009	0
1442/06	30	F	Ourém	atraso do desenvolvimento moderado	doença metabólica L2 hidroxiglútamica; ansiedade; distonia; discretos movimentos involuntários; glaucoma	Escovagem; DO; Destart.; poli;	N2O/O2 + sevo 0.3% MDZ 5mg IN + N2O/O2 terapia comportamental N2O/O2 + sevo 0.3% N2O/O2 + sevo 0.4% MDZ 1mg IV	2012	0
2290/07	36	M	Monte Redondo	anóxia neonatal	neurose; psicose; epilepsia?; agitação motora com alguma agressividade; atraso mental	CO; Destart; DO	N2O/O2 + sevo 0.3% MDZ 5mg IN MDZ 5mg IN + N2O/O2 + sevo 0.3% N2O/O2 + sevo 0.5%	2012	0
655/09	41	F	penacova	défiice psicomotor	sem dados	sem dados	encaminha p/ CMF	2009	0
1740/08	36	M	Cantanhede	surtio psicótico na adolescência	debilidade mental; surdez profunda bilateral;	CO	s/ dados no processo	2008	0

					intoxicação medicamentosa com edema grave no membro inferior esquerdo em 2005; fuma				
1159/99	35	M	montemor-o-velho	epilepsia	cirurgia a um abscesso cerebral; défice mental	DO; CO;	MDZ 5mg IV? MDZ 5mg IN Propofol TCI 1,4-1,8 µg/ml Propofol TCI 1,4-1,8 µg/ml Propofol TCI 1,8µg/ml refere que não quer mais consultas (2011)	2011	0
1842/04	34	M	Viseu	autismo	sem dados	DO	MDZ 5mg IN	2004	0
1188/07	10	M	Barcelos	autismo	sem dados	sem dados	tentativa de N2O/O2 sem sucesso	2007	0
743/07	36	M	Coimbra	paralisia cerebral	sem dados	DO; Destart	N2O/O2 + sevo 0,3% MDZ 5mg IN (ñ tolerou inalação de protóxido) fez consultas de CMF	2012	0
2503/99	31	M	Viseu	atraso psicomotor	amigdalectomia; comunica c/ dificuldade	DO; Destart; polimento; CO	MDZ 7mg IN + Propofol TCI 1,5µg/ml Propofol TCI 1,6 µg/ml (138,8mg) Propofol TCI 1,5µg/ml N2O/O2 + sevo 0,3% N2O/O2 + sevo 0,4% N2O/O2 + sevo 0,6%	2011	0
2807/03	25	M	Sertã	convulsões aos 3 meses	atraso do desenvolvimento	não compatível c/ SC	encaminhado p/ AG tentativa de MDZ 5mg IN e Propofol c/ depressão respiratória	sem dados	sem dados
919/07	11	M	Buaros	autismo	hiperactivo	não colaborou na 1ª consulta	AG no HP	2007	0
230/08	28	M	Coimbra	anóxia neonatal?	epilepsia; disfunção renal?	escovagem; polimento	não foi possível fazer sedação encaminhado p/ CMF	2008	0
323/10	34	M	Viseu	reações vaso-vagais	valvulopatia?; ansiedade;	sem dados	encaminhado p/ CMF	2010	0
1047/11	15	M	Vagos	sopro cardíaco	apendicectomia; rash cutâneo pouco colaborante	CO; Destart	s/ SC	2011	0
244/08	53	F	Marinha Grande	meningioma do seio carvemoso dto	radioterapia fracionada; ansiedade; lipotímia pós txt dentário; fez transfusão sanguínea qdo teve uma gravidez ectópica; antecedentes familiares de cancro oral	CO; DO	MDZ 1mg IV vai passar às consultas dos HUC-1	2008	0
1981/06	34	F	Santa Comba Dão	oligofrenia	atraso psíquico	CO	não foi necessária sedação	2006	0
155/08	26	M	Coimbra	atraso do desenvolvimento	epilepsia; convulsões no pós-operatório; paragem cardíaca?; atraso na linguagem e na aprendizagem	DO; Destart; polimento	N2O/O2 + sevo 0,2% terapia comportamental	2011	0