



Atendimento odontológico a paciente com deficiência intelectual severa

Dental care for patients with severe intellectual disabilities

Atención odontológica a pacientes con discapacidad intelectual severa

Letícia Krobel da Cunha Kill¹, Sara Martins Gomes¹, Bruno Pereira das Posses², Kleber Borgo Kill³, Daniela Pertel Miller⁴.

RESUMO

Objetivo: Apresentar a condução de um caso de tratamento odontológico em uma paciente com Deficiência Intelectual (DI) severa, detalhando os procedimentos realizados a fim de desmitificar impossibilidades. **Detalhamento do caso:** Paciente do sexo feminino, 48 anos de idade, diagnosticada com DI severa, CID 10 F 72, buscou tratamento odontológico em uma clínica escola, durante a disciplina de Estágio Supervisionado a Pessoas com Deficiência. A paciente apresentava necessidade de intervenções cirúrgicas, endodônticas e restauradoras. **Considerações finais:** Em pacientes com DI, devido à falta de habilidade para os cuidados com a saúde bucal, e/ou incapacidade de receber cuidados pessoais e profissionais adequados, por vezes a condição da cavidade oral é complexa, além disso, pode-se relacionar a presença de anomalias congênitas ou de desenvolvimento subjacentes. A cárie dentária e a doença periodontal estão entre as condições secundárias que mais afetam esses indivíduos. Os procedimentos realizados na paciente foram adaptados de acordo com suas necessidades, objetivando a entrega de maior qualidade de vida e conforto, através da melhora da saúde bucal.

Palavras-chave: Deficiência Intelectual, Pessoa com Deficiência, Saúde Bucal.

ABSTRACT

Objective: To present the conduct of a case of dental treatment on a patient with severe Intellectual Disability (ID), detailing the procedures performed in order to demystify impossibilities. **Case details:** Female patient, 48 years old, diagnosed with severe ID, ICD 10 F 72, sought dental treatment at a school clinic, during the Supervised Internship for People with Disabilities discipline. The patient required surgical, endodontic and restorative interventions. **Final considerations:** In patients with ID, due to the lack of ability to care for oral health, and/or inability to receive adequate personal and professional care, sometimes the condition of the oral cavity is complex, in addition, it can be related the presence of underlying congenital or developmental anomalies. Tooth decay and periodontal disease are among the secondary conditions that most affect these individuals. The procedures performed on the patient were adapted according to her needs, aiming to deliver a greater quality of life and comfort, through improved oral health.

Keywords: Intellectual Disability, Person with Disability, Oral Health.

RESUMEN

Objetivo: Presentar la realización de un caso de tratamiento odontológico de un paciente con Discapacidad Intelectual (DI) severa, detallando los procedimientos realizados con el fin de desmitificar imposibilidades. **Detalles del caso:** Paciente femenina, 48 años, diagnosticada con DI severa, CIE 10 F 72, buscó tratamiento odontológico en una clínica escolar, durante la disciplina Internado Supervisado para Personas con Discapacidad. El paciente requirió intervenciones quirúrgicas, endodóncicas y reparadoras. **Consideraciones**

¹ Centro Universitário Multivix, Vitória - ES.

² São Leopoldo Mandic, Campinas - SP.

³ Universidade Estácio de Sá (UNESA), Rio de Janeiro - RJ

⁴ Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória - ES.

finais: En pacientes con DI, por falta de capacidad para cuidar la salud bucal, y/o imposibilidad de recibir cuidados personales y profesionales adecuados, en ocasiones el estado de la cavidad bucal es complejo, además, se puede relacionar la presencia de anomalías congénitas o del desarrollo subyacentes. Las caries y la enfermedad periodontal se encuentran entre las afecciones secundarias que más afectan a estos individuos. Los procedimientos realizados a la paciente fueron adaptados de acuerdo a sus necesidades, con el objetivo de brindarle una mayor calidad de vida y comodidad, a través de una mejor salud bucal.

Palabras clave: Discapacidad Intelectual, Persona con Discapacidad, Salud Bucal.

INTRODUÇÃO

O termo pessoa com deficiência (PCD) refere-se a indivíduos que possuem limitações intelectuais, físicas ou sensoriais. Atualmente, no Brasil, 6,2% da população possui alguma deficiência, seja ela auditiva, intelectual, física ou visual. O PCD pode ter limitações ou impossibilidade de executar as atividades do dia a dia, principalmente nos casos mais severos (ARDUIM AS, et al., 2023). De acordo com o censo demográfico realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a deficiência visual estava presente em 3,4% da população brasileira, a deficiência motora em 2,3%, deficiência auditiva em 1,1%, e a deficiência intelectual em 1,4%. Cerca de 46 milhões de brasileiros declaram ter algum tipo de deficiência (IBGE, 2010).

Define-se por deficiência intelectual (DI) como um distúrbio de neurodesenvolvimento, especificamente os de desenvolvimento intelectual, com etiologia heterogênea. O funcionamento intelectual refere-se à capacidade mental geral, relacionada ao aprendizado, raciocínio, solução de problemas, entre outros (AAIDD, 2010). O indivíduo diagnosticado com essa condição apresenta dificuldades adaptativas e de compreensão, limitação na habilidade social e nas práticas cotidianas. Esse distúrbio pode vir acompanhado de outros transtornos mentais, anomalias congênitas ou de desenvolvimento subjacentes, ou ocorrer de maneira isolada, apresentando como característica padrão o seu início antes dos 18 anos de idade (LUCKASSON R, et al., 2002).

Diferentes terminologias podem ser encontradas para o seu referimento. A expressão Retardo Mental (RM) ainda é usada em alguns contextos, no entanto, considerado um termo pejorativo, sucedeu-se a mudança da terminologia para DI; porém, até o momento ainda é possível observar pesquisas e estudos com esta referência. Diante disso, a Associação Americana de RM foi renomeada como Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento (AAIDD), embora enfatize que a definição de DI é exatamente a mesma que para RM (SHEA SE, 2012). Estima-se que sua prevalência varie de 1% a 3% em todo mundo (SÁ PKS, et al., 2022). No que concerne a sua classificação, existe o Manual Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) que emprega o termo RM, no qual abrange a melhor alusão, com descrição dos graus leve, moderado, severo e profundo, e baseia-se no teste de quociente de inteligência (QI) para classificação (DSM-5, 2014). Em contrapartida, a AAIDD utiliza o termo DI e não se baseia na categorização do DSM (SHEA SE, 2012).

A etiologia da DI é ampla, podendo ter relação genética, ser causada por fatores ambientais, ou ambos. São classificados de acordo com a época causal: periconcepcionais, intrauterinos, perinatais, pós-natais e infância. No entanto, o diagnóstico é complexo, sendo desconhecido em muitos casos (KATZ G e LAZCANO-PONCE E, 2008). Estima-se que não é possível constatar o fator causal em 50% dos casos, sendo que a probabilidade de determinação do fator etiológico é maior em casos severos do distúrbio. Alguns fatores de risco podem ser levados em consideração, tais como: síndromes genéticas; alterações cromossômicas; problemas durante o parto, como asfixia; uso de medicamentos ou produtos tóxicos durante a gestação, entre outros (SCHWARTZMAN JS e LEDERMAN VRG, 2017).

A consequência do QI reduzido é acompanhado por déficit nas funções adaptativas, ou seja, falta de habilidade conceitual, social e prática. Em casos de DI severa, os indivíduos podem apresentar dificuldade na compreensão de tempo, alfabetização e comunicação, além disso, tem dificuldade em estabelecer contato social e desenvolver habilidades interpessoais e sociais. No dia a dia, possuem limitações relacionadas a

capacidade de habilidade para os cuidados pessoais e de higiene (SHEA SE, 2012). Diante disso, a saúde bucal de indivíduos com DI é complexa devido à falta de habilidades para os cuidados com a higiene bucal, e/ou incapacidade de receber cuidados pessoais e profissionais adequados. A cárie dentária e a doença periodontal estão entre as condições secundárias mais comuns que afetam as pessoas com DI (ANDERS PL, et al., 2010).

Um agravante ao cenário supracitado é a realidade vivenciada pelos cuidadores, que relatam despreparo para realizar a higiene oral desses indivíduos, devido à falta de habilidade e conhecimento. Além disso, o nível socioeconômico é um fator que deve ser levado em consideração no que tange o acesso a informações e ao atendimento odontológico. Dessa maneira, a procura pelo cirurgião-dentista (CD) é tardia, portanto, a odontologia prestada não se enquadra como preventiva, e sim curativa (JUNIOR ÊF, et al., 2020). A prática odontológica nesses pacientes em nada se difere nas questões técnicas-científicas, entretanto o manejo ao paciente deve respeitar suas limitações físicas, psicológicas e emocionais (ANDERS PL, et al., 2010). É importante que durante o atendimento, o profissional detenha conhecimento para gerenciamento de comportamento do indivíduo, visando garantir a segurança e eficácia do tratamento. Portanto, técnicas de manejo comportamental são ferramentas de relevância neste contexto (PETROVIC BB, et al., 2016).

De acordo com Lima AC (2022), a utilização dessas técnicas permitem o controle emocional e comportamental do paciente, e podem ser diferenciadas em três âmbitos: farmacológico, físico e linguístico. Sendo assim, podem variar desde uma simples verbalização e demonstração dos procedimentos em objetos, até a administração de anestésicos gerais em ambiente hospitalar. A seleção da correta técnica irá variar de acordo com a idade e características de cada paciente.

O presente trabalho teve por objetivo apresentar a condução de um caso de tratamento odontológico em uma paciente com DI severa, detalhando os procedimentos realizados a fim de desmitificar impossibilidades.

DETALHAMENTO DO CASO

A aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) precedeu a publicação e confecção deste relato de caso que apresenta CAAE nº 69725723.3.0000.5066 e parecer 6.151.247. Para este estudo, o responsável pela paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os princípios éticos da resolução 466/12 foram preservados, assim como a integridade e dignidade da paciente. Todo o atendimento odontológico, desde a triagem, até a realização dos procedimentos e o acompanhamento posterior, foi realizado numa clínica escola, durante a disciplina de Estágio Supervisionado para Pessoa com Deficiência.

O caso relatado trata-se de uma paciente do sexo feminino, 48 anos de idade, diagnosticada com deficiência intelectual severa, apresentando de acordo com a Classificação Internacional das Doenças, CID 10 F 72, referente ao retardo mental severo. Faz rotineiramente uso dos medicamentos antipsicóticos Olanzapina e Amplitil.

Foi relatado pela cuidadora dificuldade no processo de higienização oral, havendo resistência para sua realização. Apresentava características gerais como dificuldade na fala e comunicação, cognição prejudicada, deficiência na coordenação motora e lentidão na percepção de comandos. Além disso, a paciente demonstrava impossibilidade de manter a boca aberta sem o uso de abridores de boca personalizados, o que limitava a visão indireta com uso de espelhos nos elementos utilizados com o apoio do abridor.

A paciente apresentou-se para tratamento com radiografia panorâmica recente. Radiografias periapicais não foram solicitadas devido a limitação de abertura bucal. Ao exame clínico intra-oral foram observadas as demandas: Inadequado controle da placa bacteriana; Presença de cálculo dentário generalizado; Restos radiculares; Elemento dentário com extensa lesão cariada (21).

Com base no exame clínico intra-oral e na anamnese obtida, o plano de tratamento foi confeccionado priorizando a remoção dos focos de infecção. Inicialmente, foi realizado raspagem supragengival com curetas manuais para remoção do tártaro presente, não sendo possível utilizar ultrassom tendo em vista a limitação da abertura de boca, e o reflexo de engasgo.

Figura 1 – Radiografia panorâmica.



Fonte: Kiill LKC, et al., 2023.

Posteriormente, as exodontias dos restos radiculares foram executadas, com os procedimentos cirúrgicos concluídos em duas sessões. O anestésico de escolha foi a solução de lidocaína com epinefrina 1:100.000, e a técnica cirúrgica foi conduzida da forma mais atraumática possível, objetivando uma melhor resposta pós-operatória. Após uma semana, ocorreu a remoção das suturas e a tomada radiográfica periapical do elemento 21 para a escolha do tratamento adequado (**Figura 2**).

Figura 2 – Situação radiográfica do elemento 21.



Fonte: Kiill LKC, et al., 2023.

Embora as radiografias periapicais não apresentassem qualidade e posicionamento ideais, tendo em vista a limitação da paciente compatível a seu diagnóstico, observou-se que o elemento dentário 21 apresentava extensa lesão cariosa, com comprometimento pulpar, sendo necessário a realização do tratamento endodôntico. Baseado às restrições do caso, relacionado à abertura bucal e a ausência dos elementos posteriores inferiores após as exodontias, gerando impossibilidade do emprego do abridor de boca, não seria possível a endodontia convencional. Outros fatores foram associados na escolha do tratamento modificado, tais como: visualização reduzida do campo operatório, necessidade de redução no tempo de trabalho visando o maior conforto da paciente e seu condicionamento, e a presença de lesão cariosa na face vestibular do elemento com destruição da estrutura.

Dessa maneira, a técnica endodôntica foi adaptada, modificando o procedimento para uma abertura coronária realizada pela face vestibular (**Figura 3**). Ante o exposto, visando um procedimento que trouxesse maior agilidade, optou-se pelo uso de instrumento Rotatório. Após obturação do canal radicular, o elemento foi restaurado com resina composta. Por meio da radiografia final foi observado que houve um desvio no canal radicular, e conseqüentemente, extravasamento do cimento endodôntico para a região (**Figura 4 e 5**). Frente à intercorrência, é fundamental acompanhamento e controle posterior.

Figura 3 – Abertura coronária pela face vestibular.



Fonte: Kiill LKC, et al., 2023.

Figura 4 e 5 – Radiografia final.



Fonte: Kiill LKC, et al., 2023.

Figura 6 – Radiografia de acompanhamento após 10 meses do procedimento.



Fonte: Kiill LKC, et al., 2023.

DISCUSSÃO

Segundo Anders PL, et al. (2010), indivíduos com DI possuem destreza manual limitada, inclusive para realização da higiene bucal, resultando em acúmulo de placa bacteriana. Portanto, apresentam altos índices de cárie e doença periodontal. O quadro de saúde bucal da paciente era precário, havendo presença de odor fétido, restos radiculares, lesões cariosas e cálculo dentário. Para esses pacientes Camoin A, et al. (2018), atestam sobre a complexidade em procedimentos odontológicos simples, justamente pela dificuldade em se comunicar e expressar sentimentos. Como agravante, é mencionado o fato de práticas preventivas serem negligenciadas, ou seja, quando são levados ao consultório odontológico, o quadro de saúde bucal, por vezes,

é deficiente; o que durante a anamnese foi legitimado pela cuidadora, que pontuou a dificuldade na efetivação da higiene oral, pelo fato da paciente apresentar um comportamento imperativo e desfavorável. Ordinariamente os pacientes com necessidades especiais possuem dificuldade em manifestar sentimentos e emoções, como por exemplo, dor e medo. Apesar disso, salienta-se que o CD deve estar atento a linguagem corporal, expressões faciais e movimentações, em virtude da possibilidade de ser uma maneira de transmissão de sensações e perturbações (AMORIM CS, et al., 2020).

Neste processo, integra-se a inclusão de técnicas de manejo comportamental, as quais devem ser conhecidas pelo profissional, com o intuito de reduzir o estresse que, porventura, pode ser desencadeado durante o atendimento (PUCCINELLI CM, et al., 2021). Nesse estudo, a deliberação fundamental do tratamento odontológico foi a remoção de focos infecciosos e adequação da cavidade oral, buscando ofertar um atendimento humanizado e voltado as necessidades da paciente.

Outro fator importante a ser considerado, seriam os aspectos comportamentais e outras comorbidades associadas; o que corrobora quando também associamos tais características ao uso de medicamentos, como exemplo os antipsicóticos utilizados pela paciente desse relato, o que valida a descrição literária, que comumente, a DI está acompanhada de uma desordem psiquiátrica (SÁ PKS, et al., 2022). O Amplitil e Olanzapina são fármacos indicados para tratamento de transtornos psiquiátricos (MACHADO FB, et al., 2009).

Em consonância, o uso contínuo de alguns medicamentos induzem alterações na cavidade oral, principalmente xerostomia e hipossalivação, favorecendo para o desenvolvimento de doença periodontal e cárie, o que corrobora veementemente com o quadro clínico odontológico exposto neste estudo (CARVALHO EMC e ARAÚJO RPC, 2004). Tratamentos odontológicos mais complexos, como cirurgias, comumente são realizados em ambiente hospitalar, sob anestesia geral, visando a garantia de maior segurança e conforto para o paciente. Opta-se pela escolha dessa abordagem principalmente em casos que o indivíduo não se tranquiliza através das técnicas de manejo comportamental (SÁ PKS, et al., 2022). No que diz respeito as exodontias, apesar das especificidades do caso, estas foram realizadas sem dificuldades e de forma rápida, sendo possível sua execução em consultório, não ocorrendo necessidade de adequação da técnica cirúrgica. Ademais, não houve nenhuma complicação pós-cirúrgica.

Endo MS, et al. (2015) enfatizam que a realização do tratamento endodôntico possui taxas de sucesso que podem variar de acordo com diversos fatores, sendo um deles a quantidade de sessões, e que nos casos de necrose pulpar, a literatura é controversa; entretanto, Soares JA e César CAS (2001) constata as vantagens em realizar o tratamento endodôntico em apenas uma sessão, com sucesso clínico atestado mesmo em casos de necrose pulpar; sendo assim optou-se pela realização do procedimento em única sessão por se tratar de uma paciente com DI. O tratamento endodôntico engloba várias etapas que são fundamentais para o êxito do procedimento, e preconiza pontos de eleições já pré-estabelecidos para o início da abertura coronária, sendo que nos incisivos, o ponto tradicionalmente descrito é a face lingual ou palatina (SHABBIR J, et al., 2021).

Nissan J, et al. (2007) realizaram um estudo com incisivos superiores alternando as aberturas coronárias pela face vestibular ou lingual. Quando comparado a resistência à fratura, concluíram que os diferentes acessos endodônticos não afetaram a resistência à falha dos incisivos superiores sob carga oclusal simulada.

Posteriormente, Logani A, et al. (2009) enfatizam que o uso da face vestibular como abertura coronária tem sido estudado como forma de poupar estrutura dental, principalmente, em casos de indicação a facetas dentais. Neste relato, a abertura pela face vestibular foi uma adequação optada, em virtude as condições da paciente; visando ser um método mais conservador, porém necessário um acompanhamento posterior, principalmente pela escassez na literatura quanto ao prognóstico de modificação da técnica convencional.

No tocante a esse fato, foi visualizado no exame radiográfico final uma imagem sugestiva de um desvio no canal radicular, possivelmente sendo resultado de um acidente durante a abertura coronária, que pode estar associado ou não a alteração na técnica convencional. Validando essa justificativa, Miranda EG, et al. (2012) ratificam que a anatomia dos sistemas radiculares é complexa e eventos adversos podem ocorrer em diferentes circunstâncias no contexto odontológico, dificultando o tratamento endodôntico.

Por esse motivo, destaca-se a importância dos cuidados básicos necessários para sucesso do procedimento. Ainda assim, ressalta-se que as intercorrências não foram suficientes para prejudicar o sucesso e prognóstico do caso, tendo em vista que a paciente permaneceu durante os meses posteriores ao procedimento sem sinais patognomônicos (**Figura 6**).

Pode se considerar que o atendimento a pacientes com deficiência deve ser adequado e personalizado de acordo com suas condições e limitações, além disso, deve ser levado em consideração a capacidade de cooperação durante o tratamento. Portanto, os odontólogos devem conhecer as técnicas de condicionamento, principalmente pelo fato de a atenção odontológica a esses pacientes, por vezes, ser negligenciada. Destaca-se que para a realização dos procedimentos é importante a empatia, a qual deve estar em conjunto com o conhecimento científico e aplicação técnica correta, buscando ofertar um tratamento humanizado. Os procedimentos realizados na paciente foram adaptados de acordo com suas necessidades, objetivando a entrega de maior qualidade de vida e conforto, através da melhora da saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES- AAIDD. Definition of Intellectual Disability. Washington, D.C: AAIDD, 2010. Disponível em: <https://www.aaidd.org/intellectual-disability>. Acessado em: 14 de maio de 2023.
2. AMORIM CS, et al. Atendimento odontológico de pacientes com deficiência auditiva. *Jnt-Business And Technology Journal*, 2020; 1(19): 234-250.
3. ANDERS PL e DAVIS EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review. *Spec Care Dent*, 2010; 30(3): 110-7.
4. ARDUIM AS, et al. Percepção dos cuidadores de pacientes com deficiência sobre o tratamento odontológico sob anestesia geral. *Rev Bras Pesqui Em Saude Braz J Health Res.*, 2023; 25(1): 10-8.
5. BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acessado em: 3 de julho de 2023.
6. CAMOIN A, et al. Ethical issues and dentists' practices with children with intellectual disability: A qualitative inquiry into a local French health network. *Disabil Health J.*, 2018; 11(3): 412-9.
7. CARVALHO EMC e ARAÚJO RPC. A Saúde bucal em portadores de transtornos mentais / e comportamentais. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr.*, 2004; 4(1): 65-75.
8. ENDO MS, et al. Endodontia em sessão única ou múltipla: revisão da literatura. *Rev Fac Odontol UPF*, 2016; 20(3).
9. JUNIOR ÊF, et al. O atendimento odontológico aos pacientes com necessidades especiais e a percepção dos cirurgiões dentistas e responsáveis/cuidadores. *Rev. Saber Digital*, 2020; 13(1): 218-31.
10. KATZ G e LAZCANO-PONCE E. Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud Publica Mex.*, 2008; 50 Suppl 2: s132-41.
11. LOGANI A, et al. Labial access opening in mandibular anterior teeth: an alternative approach to success. *Quintessence Int.*, 2009; 40(7): 597-602.
12. LIMA ACP, et al. Técnicas de manejo comportamental não farmacológico em odontopediatria. *RSD*, 2022; 11(16): e209111637644.
13. LUCKASSON R, et al. Mental retardation, definition, classification and systems of supports. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 2002; 10(1): 238–239.
14. MACHADO FB, et al. Determinação dos antipsicóticos prescritos no Hospital Municipal de Maringá. *Semin. Cienc. Biol. Saude*. 2009; 30(1): 67-76.
15. MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5 / 5. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acessado em: 10 de agosto de 2023.
16. MIRANDA EG, et al. Auditoria odontológica: intercorrências endodônticas e o esclarecimento ao paciente. *RFO*, 2012; 17(3): 314-318.

17. NISSAN J, et al. Effect of endodontic access type on the resistance to fracture of maxillary incisors. *Quintessence Int.*, 2007; 38(7): e364-7.
18. PETROVIC BB, et al. Unmet oral health needs among persons with intellectual disability. *Res Dev Disabil.*, 2016; 59: 370-7.
19. PUCCINELI CM, et al. Múltiplas lesões dentárias em paciente com Síndrome de Lennox-Gastaut. *Rev. Cient.*, 2021; 6(1): 34-38.
20. SÁ PKS, et al. Assistência odontológica a paciente infantil com deficiência intelectual: relato de caso. *RFO*, 2022; 52(1):40-5.
21. SCHWARTZMAN JS e LEDERMAN VRG. Deficiência intelectual: causas e importância do diagnóstico e intervenção precoces. *Inclusão*, 2017; 10(2).
22. SHABBIR J, et al. Access Cavity Preparations: Classification and Literature Review of Traditional and Minimally Invasive Endodontic Access Cavity Designs. *J Endod.*, 2021; 47(8): 1229-1244.
23. SHEA SE. Intellectual disability (mental retardation). *Pediatr Rev.*, 2012; 33(3): 110-21.
24. SOARES JÁ e CÉSAR CAS. Avaliação clínica e radiográfica do tratamento endodôntico em sessão única de dentes com lesões periapicais crônicas. *Pesqui Odontol Bras.*, 2001; 15(2): 138-44.