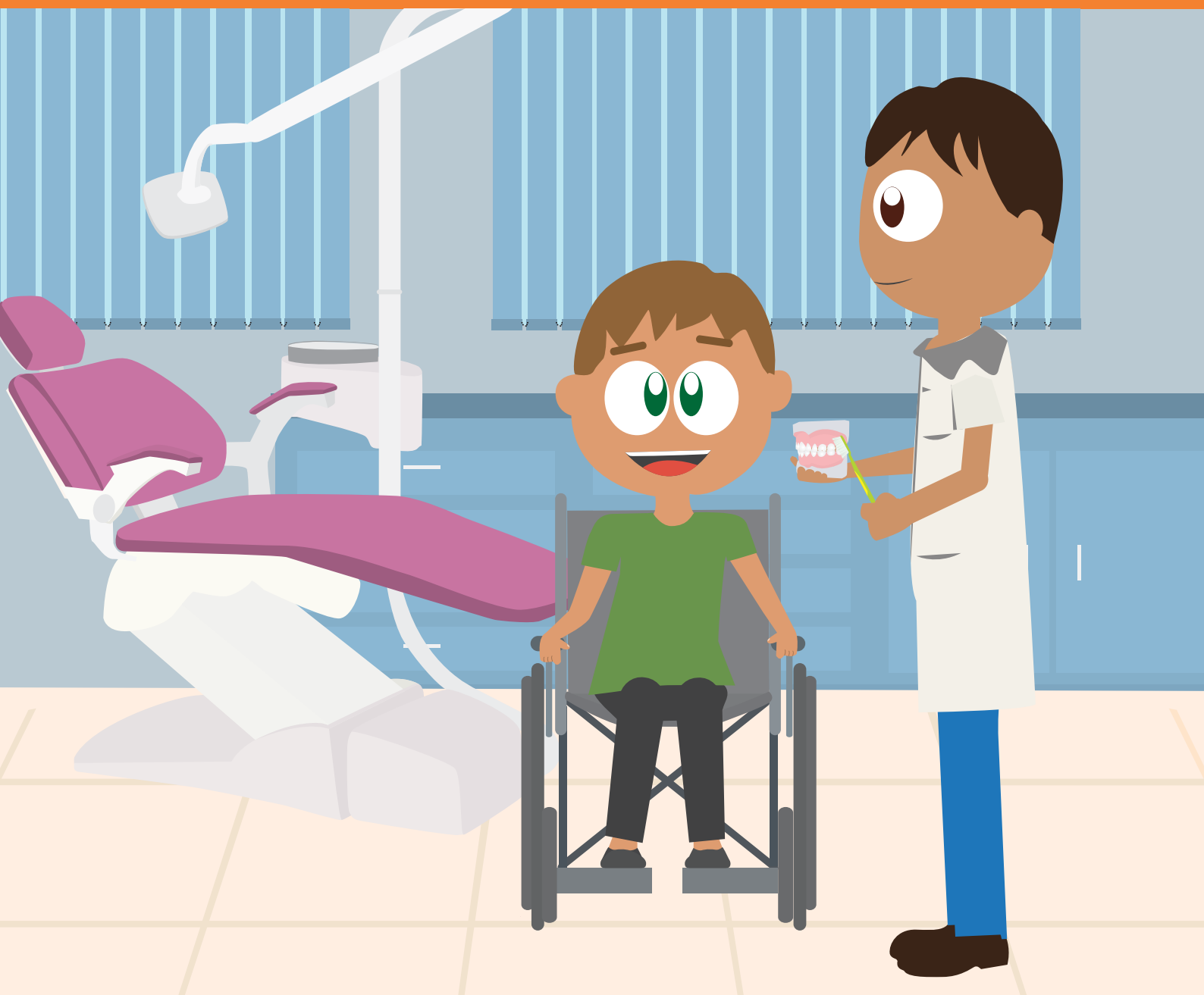


ATENÇÃO E CUIDADO DA SAÚDE BUCAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

PROTÓCOLOS, DIRETRIZES E CONDUTAS PARA
AUXILIARES DE SAÚDE BUCAL



ARNALDO DE FRANÇA CALDAS JR.
JOSIANE LEMOS MACHIAVELLI
ORGANIZADORES

**ARNALDO DE FRANÇA CALDAS JR.
JOSIANE LEMOS MACHIAVELLI
ORGANIZADORES**

ATENÇÃO E CUIDADO DA SAÚDE BUCAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

**PROTOCOLOS, DIRETRIZES E CONDUTAS PARA
AUXILIARES DE SAÚDE BUCAL**

**RECIFE
EDITORA UNIVERSITÁRIA DA UFPE
2015**

CONTATOS

Universidade Federal de Pernambuco
Programa de Pós-graduação em
Odontologia
Avenida Professor Moraes Rego, N° 1235
Cidade Universitária, Recife – PE
CEP 50.670-901

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde

Ademar Arthur Chioro dos Reis

Secretário de Atenção à Saúde

Lumena Furtado

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Thereza de Lamare Franco Neto

Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência

Vera Lúcia Ferreira Mendes

Departamento de Atenção Básica

Eduardo Alves Melo

Coordenação-Geral de Saúde Bucal

Gilberto Alfredo Pucca Júnior

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Heider Aurélio Pinto

Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Alexandre Medeiros de Figueiredo

Secretário Executivo da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS)

Francisco Campos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Reitor

Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

Vice-Reitor

Silvio Romero de Barros Marques

Pró-Reitora para Assuntos Acadêmicos (Proacad)

Ana Maria Santos Cabral

Pró-Reitor para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação (Propesq)

Francisco de Sousa Ramos

Pró-Reitor de Extensão (Proext)

Solange Galvão Coutinho

Pró-Reitor de Gestão Administrativa (Progest)

Niedja Paula S. Veras de Albuquerque

Pró-Reitora de Gestão de Pessoas e Qualidade de Vida (Progepe)

Lenita Almeida Amaral

Pró-Reitor de Planejamento, Orçamento e Finanças (Proplan)

Hermano Perrelli de Moura

Pró-Reitora para Assuntos Estudantis (Proaes)

Silene Carneiro do Nascimento

Diretor do Centro de Ciências da Saúde

Nicodemus Teles de Pontes Filho

GRUPO SABER TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS E SOCIAIS UNA-SUS UFPE

Coordenadora Geral

Profª Cristine Martins Gomes de Gusmão

Coordenadora Técnica

Josiane Lemos Machiavelli

Coordenadora de EAD

Profª Sandra de Albuquerque Siebra

Equipe de Ciência da Informação

Profª Vildeane da Rocha Borba

Jacilene Adriana da Silva Correia

Equipe de Design

Cleyton Nicollas de Oliveira Guimarães

Silvânia Cosmo Esmerindo Vieira

Vinícius Haniere Saraiva Milfont

Secretaria Acadêmica

Fabiana de Barros Lima

Geisa Ferreira da Silva

Isabella Maria Lorêto da Silva

Rosilândia Maria da Silva

CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ODONTOLOGIA BRASILEIRA PARA A ATENÇÃO E O CUIDADO DA SAÚDE BUCAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Coordenador Geral

Prof. Arnaldo de França Caldas Júnior

Secretaria

Ianê Pessoa

Maria de Fátima de Andrade

Oziclere Sena de Araújo

Atenção e Cuidado da Saúde bucal da pessoa com deficiência: protocolos, diretrizes
e condutas para auxiliares de saúde bucal / Organização de Arnaldo de França
Caldas Jr. e Josiane Lemos Machiavelli. – Recife: Ed. Universitária, 2015.
163 p. : il.

ISBN: 978-85-415-0640-3

1. Saúde Bucal – Política Governamental - Brasil. 2. Deficientes – cuidado
dentário. 3. Saúde Bucal – Políticas. 4. Auxiliares de saúde bucal – protocolos –
diretrizes – condutas. I. Caldas Jr., Arnaldo de França, Org. II. Machiavelli, Josiane
Lemos, Org.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ART	<i>Atraumatic Restorative Treatment</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIAP	<i>Bureau International d'Audiophonologic</i>
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CPO-D	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
dB	Decibel
EEG	Eletroencefalograma
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FFA	Flúor-fosfato acidulado
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PC	Paralisia Cerebral
PC	Procedimentos Coletivos
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PSF	Programa Saúde da Família
QI	Quociente de Inteligência
RTCA	Reflexo Tônico Cervical Assimétrico
RTCS	Reflexo Tônico Cervical Simétrico
RTL	Reflexo Tônico Labiríntico
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Tecnologia Assistiva
TC	Tomografia Computadorizada
TIDs	Transtornos Invasivos de Desenvolvimento
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	<i>World Health Organization</i>
WGO	<i>World Gastroenterology Organisation</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
1 INTRODUÇÃO	8
2 APROPRIAÇÃO DO CONCEITO DE TERRITÓRIO	13
2.1 Conhecendo o território e criando o mapa de especialização	15
REFERÊNCIAS	21
3 PRINCIPAIS DEFICIÊNCIAS E SÍNDROME DE INTERESSE ODONTOLÓGICO: CARACTERÍSTICAS	23
3.1 Autismo	23
3.2 Deficiência auditiva	27
3.3 Deficiência física	31
3.4 Deficiência intelectual	35
3.5 Deficiência visual	37
3.6 Paralisia cerebral	39
3.7 Síndrome de Down	49
3.8 O idoso com deficiência	53
REFERÊNCIAS	56
4 CUIDADO LONGITUDINAL COM AS FAMÍLIAS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	65
4.1 Cuidados em saúde	69
4.2 Visita domiciliar: o que é e o que fazer?	71
REFERÊNCIAS	78
5 DIRETRIZES CLÍNICAS E PROTOCOLOS PARA A ATENÇÃO E O CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	81
5.1 Preparo do ambiente de trabalho	81
5.2 Acolhimento do paciente	84

5.3	Posicionamento do paciente na cadeira odontológica _____	91
5.3.1	Posicionamento do paciente infantil _____	92
5.3.2	Posicionamento de pacientes com distúrbios neuromotores _____	92
5.3.3	Considerações sobre o posicionamento de pacientes com síndrome de Down _____	96
5.3.4	Posicionamento de pacientes idosos _____	97
5.3.5	Posicionamento de pacientes que utilizam cadeira de rodas _____	98
5.4	Deficiências e síndrome de interesse odontológico: cuidados específicos _____	101
5.4.1	Autismo _____	101
5.4.2	Deficiência auditiva _____	103
5.4.3	Deficiência física e paralisia cerebral _____	103
5.4.4	Deficiência intelectual _____	105
5.4.5	Deficiência visual _____	106
5.4.6	Síndrome de Down _____	108
5.4.7	O idoso com deficiência _____	109
	REFERÊNCIAS _____	111
6	PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA _____	119
6.1	Higiene bucal: cuidados necessários _____	126
6.1.1	Higiene bucal nos ciclos de vida _____	129
6.2	Alimentação saudável _____	131
6.3	Prevenção do tabagismo, uso de álcool e outras drogas _____	137
6.4	Uso de fluoretos na Odontologia _____	138
	REFERÊNCIAS _____	142
7	TECNOLOGIAS ASSISTIVAS _____	147
7.1	Acessibilidade _____	150
7.2	Técnicas para as atividades da vida diária _____	151
7.3	Prática clínica _____	155
	REFERÊNCIAS _____	160

APRESENTAÇÃO

A indefinição social das pessoas com deficiência no Brasil, permitindo ainda hoje a manifestação de posturas discriminatórias, parece-nos determinante na busca de políticas de governo que respondam tanto à expectativa de milhões de brasileiros como a de seus familiares que clamam pelo seu direito constitucional de atenção à saúde. O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, composto por ações ministeriais e do CONADE (Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência) devolve aos cidadãos e cidadãs deficientes a esperança de inclusão justa na sociedade, muitas vezes indiferente à sua causa.

As pessoas com deficiências, os pacientes estomizados, ou ainda, os que convivem com sequelas em consequência das mais diversas etiologias têm recorrido ao SUS como único apoio às suas necessidades de saúde. Após 24 de abril 2012, uma intervenção governamental se fez sentir com a criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. A saúde bucal, no entanto, como bem mostram os autores dessa série, encontra barreiras a serem superadas, até que os deficientes tenham acesso a uma equipe de saúde bucal qualificada e orientada em relação à atenção e ao cuidado a esse público. Este, em sua maioria, composto por pessoas com deficiência física, visual, auditiva ou intelectual. Alguns com limitações de ordem familiar e econômica, carentes de uma boa orientação e direcionamento a um profissional com a competência necessária.

O trabalho que ora apresento, organizado pelos professores Arnaldo de França Caldas Jr. e Josiane Lemos Machiavelli, reúne, em três volumes, conhecimentos necessários à formação de equipes de saúde bucal para o desenvolvimento de uma política nacional de atenção à saúde bucal das pessoas deficientes. Garantem-se, dessa forma, os direitos humanos às pessoas deficientes e cumprem-se os preceitos constitucionais. A iniciativa pretende qualificar mais de seis mil profissionais que atuam na atenção

básica e nos Centros de Especialidades Odontológicas. Espera-se, a partir dessa proposta, que esses profissionais melhor compreendam e atendam os deficientes, garantindo-lhes cidadania e qualidade de vida.

Encerro esta apresentação cumprimentando os autores e reconhecendo o valor intrínseco dessa iniciativa, de repercussão social e profissional inquestionáveis.

Professor Doutor Silvio Romero de Barros Marques
Vice-Reitor da Universidade Federal de Pernambuco

Recife, 8 de julho de 2013

CAPÍTULO
01**INTRODUÇÃO**

*Arnaldo de França Caldas Jr.
Josiane Lemos Machiavelli
Reginaldo Inojosa Carneiro Campello*

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência ressalta que pessoas com deficiência são aquelas as quais têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade. Também estabelece que discriminação por motivo de deficiência significa qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício em igualdade de oportunidades, com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nas esferas política, econômica, social, cultural, civil ou em qualquer outra.

O Brasil encontra-se dentro do 1/3 dos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) que dispõem de legislação para as pessoas com deficiência. Vem atuando na área dos direitos humanos; na defesa de valores como dignidade, inclusão e acessibilidade; na melhoria das condições de vida e no acesso a ambientes e serviços públicos, como educação, saúde, transporte e segurança.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência reafirma o direito de acesso à saúde e reitera que as pessoas com deficiência devem ter acesso a todos os bens e serviços da saúde, sem qualquer tipo de discriminação. O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, elaborado com a participação de mais de 15 ministérios e do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade), ressalta o compromisso do governo brasileiro com as prerrogativas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Ao lançar o plano, o Governo Federal resgata uma dívida histórica que o País tem com as pessoas com deficiência, visto que elas têm direito à saúde assegurado na

Constituição Federal. Assim, firma princípios importantes do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade. Além disso, estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais para a atenção e o cuidado da pessoa com deficiência.

Segundo o Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, no Brasil, 45 milhões de pessoas declararam possuir algum tipo de deficiência. Com o Viver sem Limite, o governo amplia o acesso e qualifica o atendimento às pessoas com deficiência no SUS, com foco na organização da rede de cuidados e na atenção integral à saúde. Para tanto, foi criada, em abril de 2012, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, que prevê uma série de estratégias e serviços de atendimento às necessidades específicas de pessoas com deficiência auditiva, física, visual, intelectual, múltiplas deficiências e estomizadas.

Dentre as ações previstas no Plano Viver sem Limite, destacam-se: qualificação das equipes de atenção básica; criação de Centros Especializados em Reabilitação (CER) e qualificação dos serviços já existentes; criação de oficinas ortopédicas e ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, vinculados aos serviços de reabilitação física do Sistema Único de Saúde (SUS); qualificação da atenção odontológica tanto na atenção básica quanto na especializada e cirúrgica.

Assim, a intenção do Governo Federal é que, como todo cidadão, as pessoas com deficiência procurem os serviços de saúde do SUS quando necessitarem de orientação, prevenção, cuidados ou assistência à saúde e sejam adequadamente assistidas. Por sua vez, os profissionais de saúde que atuam na atenção básica devem estar adequadamente capacitados a acolher, prestar assistência às queixas, orientar para exames complementares, fornecer medicamentos básicos, acompanhar a evolução de cada caso e encaminhar os pacientes para unidades de atenção especializada, quando for necessário.

Nesse contexto, surge a Capacitação de Profissionais da Odontologia Brasileira Vinculados ao SUS para a Atenção e o Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência. Tem como objetivo precípua ofertar, no mínimo, 6.600 vagas para profissionais integrantes das equipes de saúde bucal (cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal) do SUS, sendo 6.000 vagas para profissionais da atenção básica e 600 dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Assim, a atenção integral à saúde das pessoas com deficiência deverá incluir a saúde bucal e a assistência odontológica, presentes nos programas de saúde pública destinados à população em geral, tendo a atenção básica, organizada em redes assistenciais, sua porta

de entrada preferencial no SUS. Para ampliar o acesso e facilitar o atendimento das pessoas com deficiência nas unidades de saúde que compõem o SUS, faz-se necessária a formação de uma equipe capaz de atuar com segurança e qualidade na atenção a essa população. Por tais razões, apresentamos essa série, composta por três volumes que têm a finalidade de instituir os protocolos de acolhimento e atendimento odontológico às pessoas com deficiência. A série foi elaborada em três eixos fundamentais: Eixo I: Introdução ao Estudo da Pessoa com Deficiência, Eixo II: Atenção e Cuidado à Pessoa com Deficiência e Eixo III: Cuidado Longitudinal às famílias das pessoas com deficiência.

No Eixo I, serão abordados aqueles tópicos que denominaremos de “formadores” cujo objetivo é conhecer o estado da arte das deficiências nos seus aspectos éticos e legais e aplicá-los ao atendimento odontológico, visando estabelecer a melhoria da atenção e do cuidado às pessoas com deficiência e, por consequência, da sua qualidade de vida.

No Eixo II, as características e o protocolo de atendimento odontológico para as pessoas com deficiência, estabelecendo a multi e interdisciplinaridade nas ações, serão apresentadas e discutidas.

O Eixo III, específico para os auxiliares em saúde bucal, tratará das questões relacionadas ao conceito de território, à identificação das pessoas com deficiência na área de abrangência da unidade de saúde, ao reconhecimento das desigualdades e diferenças entre as microáreas e à promoção de saúde.

Com essa série, o Ministério da Saúde, a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) lançam a Capacitação de Profissionais da Odontologia Brasileira Vinculados ao SUS para a Atenção e o Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência dentro das ações e estratégias estabelecidas pelo Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite.

CAPÍTULO
02

APROPRIAÇÃO DO CONCEITO DE TERRITÓRIO

Adelaide Caldas Cabral

Iniciaremos este capítulo fazendo uma discussão sobre os conceitos de território, território de saúde e territorialização. Você sabe o significado?

Território é o espaço de parte ou de todas as dimensões sociais (política, cultural, econômica, naturalista). Esse espaço surge de forma articulada, conectada, integrada com outros territórios. Barcellos e Rojas (2004) afirmam que “os lugares, dentro de uma cidade ou região, são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças”, e, também poderíamos acrescentar, para produção de saúde. Resumindo, podemos dizer que território é um espaço do cotidiano, vivo, pulsante em constante transformação. O espaço de viver intensamente a vida.

A área de geografia da saúde muito tem contribuído nos estudos de saúde pública, resgatando a importância do estudo do espaço para análise das necessidades e desigualdades sociais da saúde (SANTOS; PELUSO, 2006). Esse espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico é coletivamente construído e constituído.

Já a territorialização em saúde adquire, pelo menos, três sentidos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais, como os centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

São objetivos da territorialização em saúde:

- delimitar um território de abrangência;
- definir a população favorecida e apropriar-se, juntamente com ela, do perfil da área e da comunidade;

- reconhecer, dentro da área de abrangência, barreiras e acessibilidade;
- conhecer condições de infraestrutura e recursos sociais;
- levantar problemas e necessidades, definindo um diagnóstico da comunidade que deve ser constantemente revisto;
- identificar o perfil demográfico, epidemiológico, socioeconômico e ambiental;
- identificar e assessorar-se em lideranças formais e informais;
- potencializar os resultados e os recursos presentes nesse território.



VOCÊ SABIA

No processo de delimitação de áreas, são identificados os seguintes territórios (FONSECA; CORBO, 2007):

- **Território-distrito** – delimitação político-administrativa usada para organização do sistema de atenção;
- **Território-área** – delimitação da área de abrangência de uma unidade de saúde, a área de atuação de equipes de saúde;
- **Território-microárea** – área de atuação do agente comunitário de saúde (ACS), delimitada com a lógica da homogeneidade socioeconômica-sanitária;
- **Território-moradia** – lugar de residência da família.

A partir dessa visão de território, cuja conceituação se aproxima do lugar, ao considerar sua dinamicidade, faz-se a análise da situação de saúde e a constituição de um projeto de intervenção. Trata-se de uma constante busca para trabalhar com a compreensão da realidade, a análise das necessidades e das desigualdades sociais na saúde, permitindo espaços para reflexão, abstração, planejamento e ação.



SAIBA MAIS

Quer saber mais sobre território e territorialização? Então leia os artigos:

Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde, dos autores Alexandre Lima Santos e Raquel Maria Rigotto, disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462010000300003&script=sci_arttext> (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

O território no Programa de Saúde da Família, dos autores Martha Priscila Bezerra Pereira e Christovam Barcellos, disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847/9274>> (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

E, antes de continuar a leitura deste capítulo, assista ao filme Ilha das flores, que faz uma análise sobre o modelo explicativo de determinação do processo saúde-doença. O filme, dirigido por Jorge Furtado em 1989, está disponível em: <http://portacurtas.org.br/filme/?name=ilha_das_flores> (ILHA..., 1989).

Até aqui, pudemos conhecer os territórios, determinantes e condicionantes sociais e de saúde. Agora vamos conversar um pouco sobre os momentos que compõem o processo de reconhecimento, diagnóstico e planejamento das equipes de saúde no território. Antes de iniciar as ações de saúde em um território, é necessário realizar um diagnóstico da área, conhecendo a realidade e as necessidades de saúde da população, caracterizando-as e diferenciando-as por área e microárea.

Como você sabe, a Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012). Então, não é possível desenvolver um bom trabalho sem conhecer o território que está sob sua responsabilidade.

2.1 CONHECENDO O TERRITÓRIO E CRIANDO O MAPA DE ESPACIALIZAÇÃO

O primeiro passo para o diagnóstico e posterior planejamento do trabalho na Estratégia Saúde da Família é a apropriação do território, que consiste em:

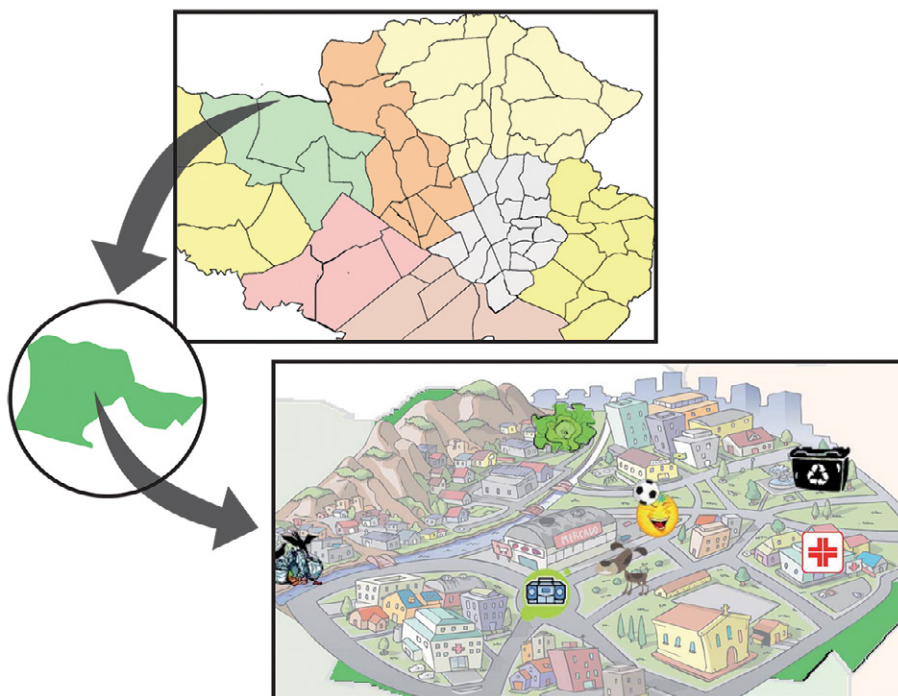
- identificar o número de habitantes;
- visitar e reconhecer as condições espaciais e de vida das famílias;
- cadastrar as pessoas, mapear os riscos e fazer uma análise dos indicadores de saúde (morbidade e mortalidade) e potencialidades no território;
- fazer o levantamento das doenças e agravos à saúde, com vistas ao planejamento e à priorização das ações;
- identificar as causas de mortalidade;
- aproximar e adequar ações e recursos das necessidades e do perfil epidemiológico das microáreas;
- identificar os serviços de saúde existentes e os equipamentos sociais que poderão apoiar as ações de saúde no território;
- apreender as potencialidades presentes e o perfil das necessidades a serem trabalhadas para a transformação da realidade de saúde local, sob duas vertentes:
 - **base territorial:** visa ao reconhecimento do território como área física, considerando suas barreiras geográficas, os dificultadores e facilitadores para o acesso aos serviços de saúde;
 - **base humana:** onde as relações e as formas de produção são determinantes do perfil desse território;
- responsabilizar-se pelos resultados na produção em saúde.

A espacialidade se constitui na forma ou no conjunto de formas que expressam um processo social, ou seja, são as condições sociais, culturais, econômicas de saúde e de vida de um território, o que denominamos territorialidade.

O segundo passo é a construção do mapa de espacialização das desigualdades e diferenças entre as microáreas. Para isso, é necessário:

- analisar os indicadores de saúde das contradições socioeconômicas e riscos da população adscrita em conjunto com a equipe (cirurgião-dentista, médico, enfermeiro, ASB, TSB, ACS);
- identificar as diferenças entre as comunidades;
- localizar parceiros e outros recursos disponíveis para melhoria da qualidade de vida dessa comunidade;
- analisar a acessibilidade de acordo com as barreiras geográficas;
- identificar pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade. Não deixe de identificar as pessoas com deficiência, registrando o tipo e o grau;
- construir um mapa descritivo das microáreas, identificando todos os elementos determinantes das condições de risco.

Figura 1 – Exemplo de um mapa de espacialização



Fonte: (LACERDA; MAGAJEWSKI; MACHADO, 2013).

Nos mapas, é possível agregar informações e fazer comparações. Para a elaboração do mapa, podem-se utilizar programas de computadores, lançar mão de mapas existentes na prefeitura, utilizar mapas-guia da cidade ou mapas turísticos e, até mesmo, desenhá-los manualmente. Os mapas podem ser complementados com fotos. Não deixe de (FONSECA; CORBO, 2007):

- ter uma visão geral do território;

- identificar espaços que as pessoas costumam frequentar (igrejas, clubes, associações de bairro, escolas, espaços de lazer, etc.);
- identificar espaços de interesse para a vigilância: ferros-velhos, borracharias, feiras, mercados, situações de risco (exemplo: água parada, uso de agrotóxico, etc);
- verificar o aspecto geral das moradias;
- verificar o aspecto geral das ruas, sistema de abastecimento de água e de esgoto, áreas de invasão, áreas de risco;
- analisar hábitos socioculturais das pessoas;
- identificar os principais tipos de serviço desenvolvidos pelas pessoas;
- analisar os aspectos das pessoas e o padrão nutricional.



PARA REFLETIR

A partir das dimensões de território aqui trabalhadas, como você acha que deve ser planejado o trabalho da Equipe de Saúde Bucal? Antes de discutir com seus colegas, faça um reflexão sobre esse trecho retirado do livro Alice no País das Maravilhas:

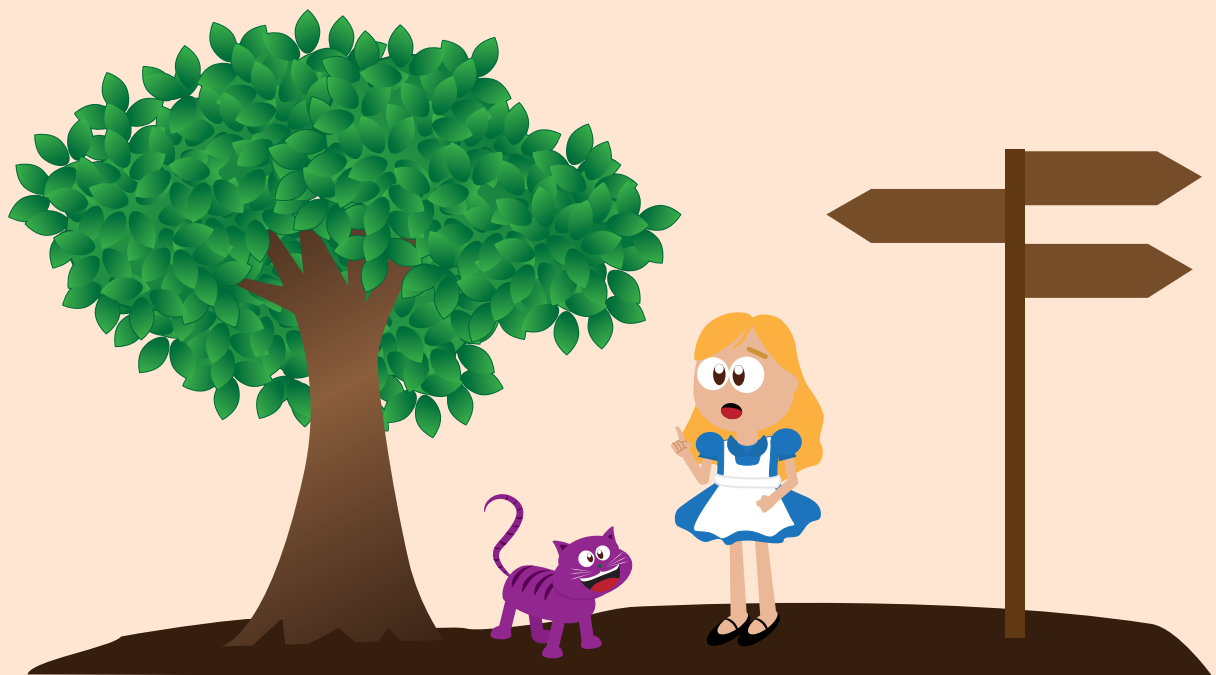
Alice – Poderia me dizer, por favor, qual é o caminho para sair daqui?

Gato – Isso depende muito do lugar para onde você quer ir.

Alice – Não me importa muito onde.

Gato – Nesse caso, não importa por qual caminho você vá.”

(MUNDO de ideias, [2010])



PLANEJAMENTO DAS AÇÕES NO TERRITÓRIO

O trecho do diálogo de Alice com o gato mostra que precisamos conhecer as necessidades para definirmos o caminho a seguir. Fazendo um paralelo na área da saúde, precisamos conhecer as necessidades para determinarmos as intervenções em saúde necessárias.

O planejamento corresponde a um conjunto de meios que apoiam os momentos de análise da situação de saúde e de definição dos objetivos, das atividades, dos profissionais responsáveis e recursos necessários para enfrentar os problemas que acometem uma determinada população. Trata-se de uma ferramenta de gestão que promove o desenvolvimento institucional e administrativo das organizações e dos sistemas.

Planejar é uma necessidade cotidiana, um processo permanente, capaz de fazer, a cada dia, uma releitura da realidade, garantindo direcionamento às ações desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e caminhando em direção aos objetivos propostos. Isso evita que o planejamento seja transformado em um plano estático, que, depois de elaborado em um determinado momento, não é mais atualizado ou reorientado.

Ao elaborar o planejamento das ações com a equipe, é importante considerar (LACERDA; MAGAJEWSKI; MACHADO, 2013):

1. **viabilidade do plano de ação:** é a possibilidade real e política de colocar o plano em prática;
2. **factibilidade:** consiste na existência de recursos (financeiros, tecnológicos e humanos) necessários à execução do plano.

Nessa fase, uma planilha operacional simples pode ser utilizada, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Plano de ação para atuação junto com a comunidade

Problema (para quê?)	Ação (o que fazer?)	Responsável (quem)	Apoios (com que ajuda)	Prazo (início e fim)	Quanto custa?	Recursos necessários
Problema 1:						
Problema 2:						
Problema 3:						

Fonte: (LACERDA; MAGAJEWSKI; MACHADO, 2013).

As ações propostas pelas equipes de saúde bucal devem seguir as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e devem buscar a re-significação dos modelos de atenção em saúde bucal, para que sejam convergentes com a integralidade à saúde. Nessa perspectiva, espera-se a inclusão dos usuários como autores/protagonistas, ou seja, responsáveis, também, pela defesa da vida individual e coletiva.

ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE BUCAL: AÇÕES COLETIVAS E ASSISTENCIAIS

As ações coletivas em saúde bucal são estratégias para a melhoria das condições de saúde da população, sendo desenvolvidas com o objetivo de atingir o maior número de pessoas por meio de procedimentos realizados em determinados espaços sociais (creches, escolas, associações, fábricas, unidade de saúde, entre outros espaços, identificados junto com a comunidade, como adequados para as atividades educacionais), com a finalidade de prevenir agravos e promover a saúde por meio da educação.

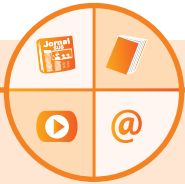
As ações e atividades coletivas incluem os Procedimentos Coletivos (PC) e as ações de educação em saúde realizadas com grupos específicos nas unidades de saúde, no domicílio ou em outros espaços comunitários.

MAS, O QUE FAZER COMO ATIVIDADE COLETIVA?

De acordo com Santos, em 2006, a definição de metas, quantidades e tipo de atividades a serem realizadas não propõe a normatização em práticas programáticas acríticas ou limitantes; pelo contrário, parte do pressuposto da necessidade de uma ação planejada e programada, circunscrita em parâmetros revelados em levantamentos epidemiológicos e em estudos teóricos realizados em outros municípios.

Assim, discuta em equipe acerca das necessidades levantadas no território sob sua responsabilidade e planejem, juntos, as ações que deverão ser realizadas.

As ações assistenciais são configuradas pelas ações clínicas individuais, e, na sua organização, alguns aspectos são identificados como imprescindíveis: acolhimento, humanização do atendimento, resolutividade dos casos e o sistema de referência e contrarreferência – visando estabelecer estreita relação entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária.



SAIBA MAIS

Para conhecer as atividades de cada membro da equipe da Estratégia de Saúde da Família, leia a Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011, disponível no link: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> (BRASIL, 2011).

Para conhecer o que deveremos executar nas ações individuais e coletivas em saúde bucal, leia a Portaria mencionada acima e o Caderno de Atenção Básica, N° 17, do Ministério da Saúde, disponível no link: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf> (BRASIL, 2008).



ATIVIDADE

Com base na leitura deste capítulo, construa um mapa que contemple a espacialização das desigualdades e diferenças do território de abrangência da sua equipe, identificando as pessoas com deficiência na área. Em seguida, desenvolva um planejamento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação para esses pacientes.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, C.; ROJAS, L.I. **O território e a vigilância da saúde**. Unidade de Aprendizagem I, Módulo III. Rio de Janeiro: EPSJV/PROFORMAR, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Caderno de Atenção Básica, Nº 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem - trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 17 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 16 jun. 2013.

FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013.

ILHA das Flores. Roteiro de Jorge Furtado. Produção de Giba Assis Brasil, Mônica Schmiedt, Nôra Gulart. [Porto Alegre]: Casa de cinema, 1989. Online (13 min), son., color. Disponível em: <http://portacurtas.org.br/filme/?name=ilha_das_flores>. Acesso em: 16 fev. 2013.

LACERDA, J. T. de; MAGAJEWSKI, F. R. L.; MACHADO, N. M. V.
Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família.
Florianópolis: UFSC, 2013.

MUNDO de ideias. Alice no País das Maravilhas. Blog. [2010?].
Disponível em: <<http://mundo-de-ideias.blogspot.com.br/2010/08/alice-no-pais-das-maravilhas.html>>. Acesso em: 17 dez. 2012.

PEREIRA, M. P. B; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-59, jun. 2006.
Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847/9274>>. Acesso em: 16 fev. 2013.

SANTOS, A. M. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. **Revista APS**, v. 9, n. 2, p. 190-200, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/bucal.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462010000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 dez. 2012.

SANTOS, A. A.; PELUSO, M. A contribuição da geografia no debate sobre a integralidade na saúde - algumas reflexões. **Hygeia**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16842/9268>>. Acesso em: 16 jun. 2013.

CAPÍTULO
03**PRINCIPAIS DEFICIÊNCIAS
E SÍNDROME DE INTERESSE
ODONTOLÓGICO: CARACTERÍSTICAS**

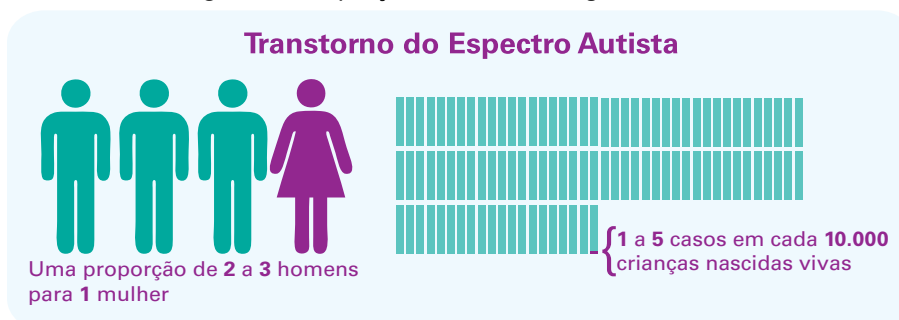
Adelaide Caldas Cabral
 Arnaldo de França Caldas Jr
 Cintia Regina Tornisiello Katz
 Evelyne Pessoa Soriano
 Luiz Alcino Monteiro Gueiros
 Márcia Maria Vendiciano Barbosa Vasconcelos
 Renata Cimões Jovino Silveira
 Roseane Serafim Costa

Você já estudou o conceito de deficiência, percebeu as classificações utilizadas e, ainda, que as pessoas com deficiências são amparadas por toda uma estrutura política e de assistência específica, de maneira que possam ter suas necessidades atendidas da melhor forma possível. Neste capítulo, vamos buscar compreender as características e principais repercussões sobre a saúde bucal das seguintes deficiências e síndrome de interesse odontológico: autismo, deficiência auditiva, deficiência física, deficiência intelectual, deficiência visual e síndrome de Down. Também estudaremos as principais características do idoso com deficiência.

3.1 AUTISMO

Autismo é um transtorno de desenvolvimento, que se caracteriza por alterações qualitativas na comunicação, na interação social e no uso da imaginação. O nome oficial do autismo é transtorno do espectro autista.

Figura 1 – Proporção de autistas, segundo o sexo



Esses cálculos variam de acordo com o país, devido às discrepâncias relacionadas com os critérios, diagnósticos e influências ambientais.

Fonte: (Adaptado de VOLKMAR et al., 1996).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO AUTISMO

Síndrome de Asperger: surge antes dos 24 meses, com maior incidência no sexo masculino. A pessoa apresenta inteligência próxima à normalidade e déficit social, dificuldades em processar e expressar emoções (esse problema leva as outras pessoas a se afastarem por acreditarem que o indivíduo não sente empatia), interpretação muito literal da linguagem, dificuldade com mudanças em sua rotina, com história familiar de problemas similares e baixa associação com quadros convulsivos.

Síndrome de Rett: surge entre 5 a 30 meses, com preferência pelo sexo feminino; apresenta desaceleração do crescimento craniano, retardo intelectual e forte associação com quadros convulsivos.

Transtornos Degenerativos: surgem antes dos 24 meses; atingem mais o sexo masculino; com pobre sociabilidade e comunicação; apresentam frequência de síndrome convulsiva.

Transtornos Abrangentes Não Especificados: idade de início variável; predominância no sexo masculino, sociabilidade comprometida, bom padrão de comunicação e pequeno comprometimento cognitivo (ASSUMPCÃO JR., 1993).



VOCÊ SABIA

O autismo e a síndrome de Asperger são os Transtornos Invasivos de Desenvolvimento (TIDs) mais conhecidos, embora os mais prevalentes sejam a Síndrome de Rett e o Transtorno Desintegrativo da Infância. Os pacientes apresentam condições próximas nas perspectivas comportamentais, neurobiológicas e genéticas, no entanto, os indivíduos diferem quanto à inteligência, que oscila desde o comprometimento profundo à faixa superdotada (VOLKMAR et al., 1996; KLIN, 2006).

AVALIANDO O PROCESSO CLÍNICO E COMPORTAMENTAL

Algumas características servem de alerta para o diagnóstico precoce do autismo. Os pais ou os profissionais de saúde, nas visitas de rotina, devem se preocupar com uma criança que não atinge características de desenvolvimento normal, como: balbuciar aos 12 meses; gesticular (apontar, dar tchau) aos 12 meses; pronunciar pala-

avras soltas antes ou aos 16 meses; dizer frases espontâneas de duas palavras aos 24 meses (não só repetir); perder qualquer habilidade social ou de linguagem em qualquer idade; dificuldade de brincar de faz de conta, obter interações sociais e na comunicação verbal e não verbal.

A avaliação ideal do paciente autista deve ser realizada por uma equipe com diferentes especialidades, a qual pode observar: a comunicação, a linguagem, as habilidades motoras, a fala, o êxito escolar, as habilidades de pensamento. Outros sinais e sintomas que podem ser identificados em autistas são listados abaixo:

- visão, audição, tato, olfato ou paladar excessivamente sensíveis (por exemplo, eles podem se recusar a usar roupas “que dão coceira” e ficam angustiados se são forçados a usá-las);
- alteração emocional anormal quando são submetidos à mudança na rotina;
- movimentos corporais repetitivos;
- apego anormal aos objetos;
- dificuldade de iniciar ou manter uma conversa social;
- comunicar-se com gestos em vez de palavras;
- desenvolver a linguagem lentamente ou não desenvolvê-la;
- não ajustar a visão com vistas a olhar para os objetos que as outras pessoas estão olhando;
- não se referir a si mesmo de forma correta (por exemplo, dizer “você quer água” quando a criança quer dizer “eu quero água”);
- não apontar para chamar a atenção das pessoas para objetos (acontece nos primeiros 14 meses de vida);
- repetir palavras ou trechos memorizados, como os comerciais;
- usar rimas sem sentido;
- não fazer amigos;
- não participar de jogos interativos;
- ser retraído;
- pode não responder ao contato visual e sorrisos ou evitar o contato visual;
- pode tratar as pessoas como se fossem objetos;
- preferir ficar sozinho em vez de acompanhado;
- mostrar falta de empatia;
- não se assustar com sons altos;
- ter a visão, audição, tato, olfato ou paladar ampliados ou diminuídos;

- poder considerar ruídos normais dolorosos e cobrir os ouvidos com as mãos;
- pode evitar contato físico, por ser muito estimulante ou opressivo;
- esfregar as superfícies, pôr a boca nos objetos ou os lambar;
- não imitar as ações dos outros;
- preferir brincadeiras solitárias ou ritualistas;
- não participar de brincadeiras de faz de conta ou imaginação;
- ter acessos de raiva intensos;
- ficar preso a um único assunto ou tarefa (perseverança);
- ter baixa capacidade de atenção;
- ser hiperativo ou muito passivo;
- ter comportamento agressivo com outras pessoas ou consigo.

RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL

Quando a família recebe o diagnóstico de autismo infantil, ela costuma ser orientada sobre as terapias necessárias para estimular o melhor desenvolvimento social e cognitivo da criança. Entretanto, as orientações com os cuidados que devem ser adotados em relação à saúde bucal nem sempre são repassados. Esse pode ser um motivo que faz os autistas terem, com frequência, uma dieta cariogênica (rica em açúcares), associada a uma higiene bucal precária, o que leva a uma condição bucal desfavorável. Levar a criança ao dentista passa a ser uma das últimas preocupações da família. Diante de tantas atividades e angústias, acabam não valorizando os dentes e, muitas vezes, só se lembram da visita ao dentista quando a dor se faz presente (FIGUEIREDO et al., 2003; GUIMARÃES; AZEVEDO; SOLANO, 2006).



SAIBA MAIS

TOLIPAN, S. Autismo: orientação para os pais. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 38p. Disponível em: <bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_14.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2012.

3.2 DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), utiliza-se deficiência auditiva para descrever a perda de audição em um ou em ambos os ouvidos. Existem diferentes níveis de deficiência auditiva, sendo que o nível de comprometimento pode ser leve, moderado, severo ou profundo. O termo surdez refere-se à perda total da capacidade de ouvir a partir de um ou de ambos os ouvidos.

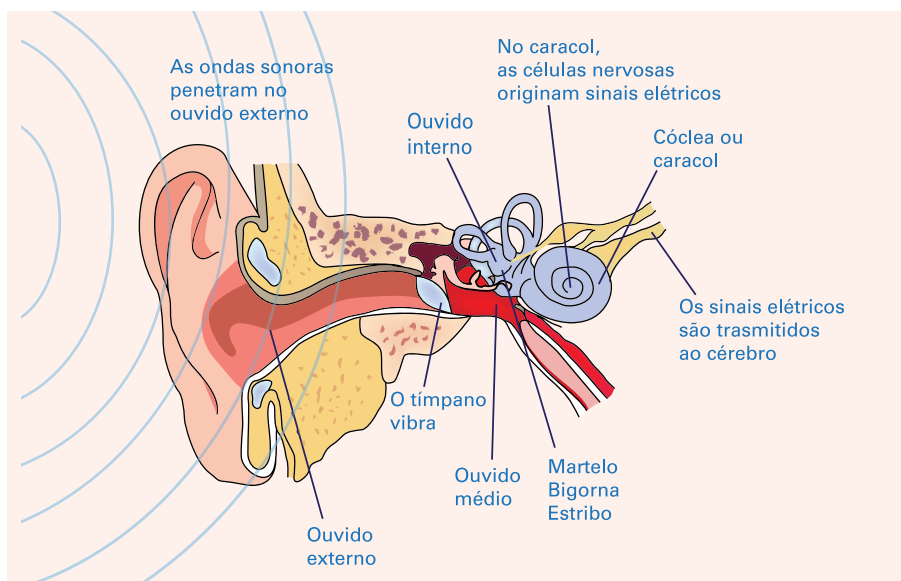
A deficiência auditiva pode levar a uma série de deficiências secundárias, como alterações de fala, de linguagem, cognitivas, emocionais, sociais, educacionais, intelectuais e vocacionais (BRASIL, 2007).

Segundo o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 (IBGE, 2012), 9,8 milhões de brasileiros possuíam deficiência auditiva, o que representa 5,2% da população brasileira. Desse total, 2,6 milhões são surdos, e 7,2 milhões apresentam grande dificuldade para ouvir. Entretanto, os dados da OMS, de 2011, mostram que 28 milhões de brasileiros possuem algum tipo de problema auditivo, o que revela um quadro no qual 14,8% do total de 190 milhões de brasileiros possuem problemas ligados à audição. A deficiência auditiva está em terceiro lugar entre todas as deficiências no país.

COMO FUNCIONA O NOSSO APARELHO AUDITIVO?

Segundo Redondo (2000), o ouvido humano possui três partes – ouvido externo, ouvido médio e ouvido interno, sendo cada um responsável por funções específicas, como:

- **ouvido externo:** é composto pelo pavilhão auricular e pelo canal auditivo, que é a porta de entrada do som. É nesse canal que certas glândulas produzem cera, com o objetivo de proteger o ouvido.
- **ouvido médio:** formado pela membrana timpânica e por três ossos minúsculos, denominados de martelo, bigorna e estribo, por se assemelharem a esses objetos. Em contato com a membrana timpânica e o ouvido interno, esses ossos transmitem as vibrações sonoras, que entram no ouvido externo devendo ser conduzidas até o ouvido interno.
- **ouvido interno:** nele se situa a cóclea, em forma de caracol, que é a parte mais importante do ouvido pelo fato de ser responsável pela percepção auditiva. Os sons recebidos na cóclea são transformados em impulsos elétricos, que caminham até o cérebro, onde são entendidos pela pessoa.

Figura 2 – Aparelho auditivo humano

Fonte: (UFPE, 2013).

TIPOS DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA E SUAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

De acordo com Silman e Silverman (1998), as deficiências auditivas podem ser classificadas como:

Deficiência auditiva condutiva: qualquer problema no ouvido externo ou médio que impeça o som de ser conduzido de forma adequada é conhecido como uma perda auditiva condutiva. Perdas auditivas condutivas são geralmente de grau leve ou moderado, variando de 25 a 65 decibéis. Esse tipo de perda de capacidade auditiva pode ser causada por doenças ou obstruções existentes no ouvido externo ou no ouvido interno, impedindo a passagem correta do som até o ouvido interno, como rolha de cera, secreção, infecções, calcificações no ouvido médio e disfunção na tuba auditiva.

As perdas auditivas condutivas não são necessariamente permanentes, sendo reversíveis por meio de medicamentos e cirurgias. Os casos de perda auditiva condutiva podem ser tratados, na maioria, com o uso do aparelho auditivo.

Deficiência auditiva sensório-neural: a perda de audição neurosensorial resulta de danos provocados pelas células sensoriais auditivas ou pelo nervo auditivo, ou seja, quando há uma impossibilidade de recepção do som por lesão das células ciliadas do ouvido interno

ou do nervo auditivo. Esse tipo de deficiência auditiva é irreversível. Pode ser de origem hereditária, causada por problemas da mãe no pré-natal, tais como a rubéola, sífilis, herpes, toxoplasmose, alcoolismo, toxemia, diabetes, etc. Também pode ser causada por traumas físicos, prematuridade, baixo peso ao nascimento, trauma no parto, meningite, encefalite, caxumba, sarampo, etc.



VOCÊ SABIA

Ruído intenso é outra causa frequente desse tipo de surdez. Intensidades de som acima de 80 decibéis podem causar perdas auditivas, induzidas pelo ruído.

Deficiência auditiva mista: ocorre quando há uma alteração na condução do som até o órgão terminal sensorial, associada à lesão do órgão sensorial ou do nervo auditivo. Ou seja, ocorre quando existem ambas as perdas auditivas: condutivas e neurosensoriais. Nesse tipo de deficiência, verifica-se, conjuntamente, uma lesão do aparelho de transmissão e de recepção, ou seja, tanto a transmissão mecânica das vibrações sonoras quanto a sua transformação em percepção estão afetadas/perturbadas.

As opções de tratamento podem incluir medicamentos, cirurgia, aparelhos auditivos ou implantes auditivos de ouvido médio.

Deficiência auditiva central: essa deficiência não é, necessariamente, acompanhada de uma diminuição da sensibilidade auditiva. Contudo, manifesta-se por diferentes graus de dificuldade na percepção e compreensão de qualquer informação sonora, decorrente de alterações nos mecanismos de processamento da informação sonora, no tronco cerebral, ou seja, no sistema nervoso central. É geralmente profunda e permanente. É relativamente rara, mal conceituada e definida. Certos pacientes, embora supostamente apresentem audição normal, não conseguem entender o que lhes é dito. Quanto mais complexa a mensagem sonora, maior dificuldade haverá na compreensão.

Aparelhos auditivos e implantes cocleares não podem ajudar, porque o nervo não é capaz de transmitir informações sonoras ao cérebro. Em alguns casos, um implante auditivo de tronco cerebral pode ser uma opção terapêutica.



SAIBA MAIS

Conheça a classificação de perda auditiva BIAP (*Bureau International d'Audiophonologic*):
Graus de surdez:

- **Leve** – entre 20 e 40 dB
- **Média** – entre 40 e 70 dB
- **Severa** – entre 70 e 90 dB
- **Profunda** – mais de 90 dB
 - **1º Grau**: 90 dB
 - **2º Grau**: entre 90 e 100 dB
 - **3º Grau**: mais de 100 dB

Para diagnosticar o tipo e o grau da perda auditiva, é necessário realizar testes auditivos, que vão medir o som que a pessoa pode ou não ouvir. O otorrinolaringologista é o especialista que deverá solicitar o tipo de teste a ser realizado de acordo com o caso, devendo o teste ser realizado pelo fonoaudiólogo. Os resultados dos testes de audição são exibidos em um gráfico denominado de audiograma.

Algumas ações de prevenção das deficiências auditivas, de acordo com Linden (2001), devem ser orientadas, como: campanhas de vacinação dos jovens contra a rubéola, acompanhamento à gestante (pré-natal), campanhas de vacinação infantil contra sarampo, meningite, caxumba, dentre outras. Além disso, é importante que a deficiência auditiva seja reconhecida o mais precocemente possível (FREIRE et al., 2009). Para tanto, os pais, responsáveis e profissionais de saúde devem observar as reações auditivas, principalmente da criança e do idoso.



SAIBA MAIS

Para saber mais sobre os tipos de deficiência auditiva, assista ao vídeo disponível no link:
<<http://www.medel.com/br/show/index/id/63/title/Tipos-de-Perda-Auditiva?PHPSESSID=urvrtn03ks3cdk2so79os8k7v5>> (MED-EL, c2012).

RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL

Os aspectos relacionados ao desenvolvimento psicológico, comportamental e de aprendizado de pessoas com deficiência auditiva podem interferir no tratamento odontológico e na orientação sobre autocuidados para a saúde bucal. O profissional deve estar

familiarizado com a forma de comunicação que o paciente prefere usar para diminuir o grau de ansiedade e temor da pessoa com deficiência auditiva. Os sentidos do tato, da visão e do paladar deverão ser explorados, buscando permitir à pessoa elaborar seus próprios conceitos e compreender as informações passadas. Quando o paciente for uma criança, os pais devem ser incluídos nas orientações para maximizar o aprendizado e autocontrole nas práticas de higiene diária. O profissional poderá usar as experiências e atitudes dos pais para facilitar o emprego das técnicas de controle do comportamento durante o tratamento odontológico. As técnicas de estabilização física só deverão ser utilizadas em casos extremamente necessários e com a permissão dos pais/responsáveis (RATH et al., 2002).



ATENÇÃO

Os aparelhos auditivos deverão ser removidos antes do acionamento das turbinas de baixa e alta rotação para não incomodar o paciente.

3.3 DEFICIÊNCIA FÍSICA

A deficiência física refere-se a uma situação de alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física. Apresenta-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, tri paresia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho de funções.

Os dados obtidos pelo Censo de 2010, do IBGE, apontaram que 13.265.599 pessoas apresentam deficiência motora no Brasil, sendo que 734.421 não conseguem autonomia motora de modo algum; 3.698.929 apresentam grande dificuldade motora, e 8.832 249 têm alguma dificuldade (IBGE, 2012).



VOCÊ SABIA

No Censo Demográfico de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a deficiência motora foi considerada como (IBGE, 2012):

Não consegue de modo algum - para a pessoa que declarou ser permanentemente incapaz, por deficiência motora, de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa.

Grande dificuldade - para a pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar.

Alguma dificuldade - para a pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar.

Nenhuma dificuldade - para a pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que precisando usar prótese, bengala ou aparelho auxiliar.

A deficiência física pode comprometer várias estruturas do corpo, principalmente os componentes musculares, osteoarticulares e do sistema nervoso. É importante entender que esse comprometimento pode ser de um sistema apenas ou de mais de um sistema. Veja a figura a seguir. Vamos imaginar que cada sistema é um círculo, que significa o sistema afetado. A partir daí, poderemos ter as seguintes situações com módulos isolados ou integrados:

Figura 3 – Representação dos sistemas comprometidos com a deficiência física



Fonte: (Evelyne Pessoa Soriano, 2013).

CAUSAS DA DEFICIÊNCIA FÍSICA

O comprometimento da função física pode ocorrer por diferentes causas, que podem estar relacionadas a problemas durante a gestação, os acidentes, os problemas genéticos, ou mesmo as doenças da infância. É preciso lembrar, também, que esse processo sofre a ação de diversos fatores de risco, como a violência urbana, o tabagismo, os acidentes de trabalho ou ligados à prática de esportes, a ausência de saneamento básico, o uso de drogas, os maus hábitos alimentares, o sedentarismo, a exposição a agentes tóxicos bem como a ocorrência de epidemias e endemias.

Figura 4 – Causas mais comuns da deficiência física

Causas Pré-natais	São aquelas que ocorrem durante o período de gestação, como desnutrição, infecções, problemas genéticos e uso de medicamentos e/ou drogas durante a gravidez, induzindo às más formações congênitas.
Causas Perinatais	São as situações relacionadas ao momento do nascimento do bebê, como problemas respiratórios e falta de oxigenação cerebral, prematuridade, cordão umbilical ao redor do pescoço da criança, sofrimento da criança em decorrência do tempo demorado de trabalho de parto. Dessas causas, pode decorrer a lesão cerebral (paralisia cerebral e hemiplegias).
Causas Pós-natais	Ocorrem após o nascimento e podem ser exemplificadas pelas doenças infectocontagiosas, acidentes, quedas, infecção hospitalar, doenças degenerativas, lesões por esforços repetitivos, sequelas de queimaduras. Enquadram-se, nesse grupo, as situações de lesão medular (tetraplegias e paraplegias) e amputações.

Fonte: (Adaptado de TEIXEIRA, [20--?]b).

TIPOS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

A deficiência física pode ser apresentada em uma divisão, que compreende catorze tipos (MTE, 2007; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO, 2001):

Monoplegia – corresponde à paralisia (perda total das funções motoras) em apenas um membro do corpo;

Hemiplegia – consiste na paralisia total das funções de um dos lados do corpo (direito ou esquerdo);

Paraplegia – compreende as situações em que ocorre a paralisia da cintura para baixo, com perda total das funções motoras dos membros inferiores;

Tetraplegia – refere-se à paralisia do pescoço para baixo, causando a perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores;

Triplegia – perda total das funções motoras em três membros;

Amputação – ausência total ou parcial de um ou mais membros do corpo;

Paraparesia – perda parcial das funções motoras dos membros inferiores;

Monoparesia – perda parcial das funções motoras de um só membro;

Tetraparesia – perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores;

Triparesia – perda parcial das funções motoras em três membros;

Hemiparesia – perda parcial das funções motoras de um lado do corpo (direito ou esquerdo);

Ostomia – intervenção cirúrgica, que cria um ostoma (abertura) na parede abdominal para adaptação de bolsa de fezes e/ou urina. Tem como objetivo construir um caminho alternativo e novo para eliminação de fezes e urina;

Paralisia cerebral – refere-se à lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental;

Nanismo – consiste em uma deficiência acentuada no crescimento.

Veja a seguir algumas características que podem ser observadas em deficientes físicos (TEIXEIRA, [20--?]a):

- o corpo ou parte dele apresenta movimentação descoordenada;
- a marcha pode apresentar-se descoordenada, e a pessoa pode andar pisando na ponta dos pés ou mancando. Podem acontecer quedas e desequilíbrios;
- presença de deformidades corporais, como pés tortos ou pernas em tesoura bem como dor muscular, óssea ou articular;
- dificuldades na execução de atividades que demandem a coordenação motora fina.

RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL

Pelo fato de apresentarem prejuízo na sua capacidade motora, é difícil para os deficientes físicos, em especial os que apresentam problemas relacionados a movimentos involuntários nos membros superiores, realizarem e manterem uma higiene bucal satisfatória. É comum nesses pacientes a ocorrência de acúmulo de biofilme dental, cálculo salivar, gengivite, má oclusão, disfunção de mastigação e deglutição. Por esse motivo, é importante que esses pacientes recebam auxílio de seus familiares ou cuidadores (ROMANELLI, 2006), quando for o caso, que também deverão ser adequadamente orientados para ajudar a pessoa com deficiência a manter uma higiene bucal satisfatória.

3.4 DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

A deficiência intelectual normalmente está presente desde o nascimento, manifestando-se antes dos dezoito anos de idade. Essa condição é irreversível, caracterizada pela dificuldade ou incapacidade de desenvolver uma comunicação normal e uma vida doméstica autônoma. Além disso, são comuns: dificuldade de relacionamentos interpessoais sociais simples, ausência de autossuficiência (até mesmo com os cuidados pessoais), habilidades limitadas para aprender coisas novas e um mínimo de relação e sensibilidade comunitária.

Pesquisa realizada no ano de 2008, pelo Ministério da Saúde, apontou que 3% da população brasileira sofria de transtorno intelectual severo ou persistente (BRASIL, 2008). Segundo Bernardes et al (2009, p.32), essa população é mais estigmatizada, mais pobre e tem os níveis mais baixos de escolaridade, situações essas que violam direitos humanos universais.

O DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - 1994) apresenta alguns fatores como sendo de risco e causadores dessas deficiências, conforme descritos a seguir (APAE DE SÃO PAULO, [20--?]):

Fatores de risco e causas pré-natais: são fatores, que incidirão desde a concepção até o início do trabalho de parto. Exemplos: desnutrição materna, má assistência à gestante, doenças infecciosas na mãe (ex.: sífilis, rubéola, toxoplasmose), fatores tóxicos na mãe (ex.: alcoolismo, consumo de drogas), efeitos colaterais de medicamentos, poluição ambiental, tabagismo, fatores genéticos (alterações cromossômicas), alterações gênicas, etc.

Fatores de risco e causas perinatais: são os fatores, que incidirão do início do trabalho de parto até o trigésimo dia de vida do bebê. Por exemplo: má assistência e/ou traumas durante o parto, hipóxia ou anóxia (oxigenação cerebral insuficiente), prematuridade e/ou baixo peso (PIG - Pequeno para Idade Gestacional), icterícia grave no recém-nascido, entre outros.

Fatores de risco e causas pós-natais: estes incidirão do trigésimo dia de vida até o final da adolescência, tais como: desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação global, infecções (ex.: meningoencefalites, sarampo, etc.), intoxicações exógenas (ex.: envenenamento por remédios, inseticidas e produtos químicos), acidentes (ex.: de trânsito, afogamento, choque elétrico, asfixia, quedas, etc.).

RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL

A necessidade de colaboração por parte do paciente durante a execução dos procedimentos odontológicos clínicos, especialmente daqueles de natureza invasiva, aliada à inexperiência do profissional para identificar alterações de comportamentos no deficiente, pode tornar a execução do tratamento uma tarefa quase impossível (POSSOBON, 2007). Portanto, é necessário estar atento ao comportamento do deficiente intelectual no consultório odontológico. Movimentos involuntários e comportamentos agressivos podem surgir até mesmo como forma de autoproteção por parte do paciente.

A deficiência intelectual e a condição social podem limitar a condição de saúde oral e sistêmica do indivíduo. Essas pessoas apresentam maior risco para o surgimento de doenças bucais em função do uso sistemático de medicamentos, da dificuldade na realização do controle de placa bacteriana e de hábitos alimentares precários (PEREIRA et al., 2010). A incidência de cárie dental e de doença periodontal geralmente é muito elevada nesse grupo de indivíduos (AGUIAR et al., 2000, p.16). A dificuldade de manutenção de uma higiene bucal adequada justifica o elevado índice dessas ocorrências. A esse fator etiológico, acrescentam-se outros, como:

- respiração bucal
- anomalias de oclusão
- dieta cariogênica
- efeitos medicamentosos
- nível socioeconômico e cultural

Os procedimentos técnicos e os tratamentos realizados nos pacientes com deficiência intelectual não diferem das técnicas clássicas, porém, muitas vezes, é prejudicado por fatores, como: necessidade de grandes deslocamentos, dificuldade de transporte, além do tempo despendido em outros tratamentos de reabilitação, que normalmente acontecem paralelamente ao tratamento odontológico (GUIMARÃES; AZEVEDO; SOLANO, 2006; SILVA; LOBÃO, 2010).

3.5 DEFICIÊNCIA VISUAL

A deficiência visual é um tipo de deficiência sensorial, definida como uma limitação da capacidade visual (CAMPOS et al., 2009). Segundo Gil (2000, p. 7), a visão é o canal mais importante de relacionamento do indivíduo com o mundo exterior. Segundo o Censo de 2010, do IBGE, o Brasil tem cerca de 6,5 milhões de deficientes visuais (IBGE, 2012).

Podemos distinguir dois tipos de deficiente visual:

- **cegos totais ou cegueira** – não conseguem perceber a luz;
- **visão subnormal** – para as pessoas com essa deficiência, há um esforço para enxergar os objetos e uma dificuldade para observá-los nitidamente (ENGAR; STIEFEL, 1977; MILLER, 1981; CARVALHO; GASPARETO; VENTURINI, 1995; KIRK; GALLAGHER, 1996; RATH et al., 2001; SILVÉRIO et al., 2001; BATISTA et al., 2003; FERREIRA; HADDAD, 2007). Costuma-se dizer que a pessoa apresenta baixa visão. Se formos atender um paciente com esse tipo de deficiência, é provável que ele consiga enxergar textos impressos aumentados ou mediante o uso de lupas (FUNDAÇÃO..., [20--?]).

A deficiência visual pode ser congênita ou adquirida.



ATENÇÃO

Quando vamos atender um paciente com deficiência visual, é importante saber a causa da deficiência. Se a pessoa nasceu enxergando e depois ficou cega, ela guarda memórias visuais, mas se já nasceu sem enxergar, ela não tem a memória visual (GIL, 2000).

RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL

Os deficientes visuais costumam apresentar pouca habilidade motora para manter uma higiene bucal satisfatória (RATH et al., 2001; BATISTA et al., 2003), razão pela qual necessitam de auxílio para aprender a utilizar corretamente a escova e o fio dental (BROWN, 2008). Por esse motivo, podem apresentar altos índices de cáries e doenças periodontais. Além disso, a condição de saúde bucal desses indivíduos costuma ser negligenciada, seja pelo acesso restrito aos profissionais, seja por limitações inerentes à deficiência (TREJO; MOLARES, 2006).

Ao atender uma pessoa com deficiência visual, não esqueça as dicas a seguir (FUNDAÇÃO..., [20--?]):

- ao andar com a pessoa, deixe que ela segure seu braço. Não a empurre; pelo movimento de seu corpo, ela saberá o que fazer;
- se a pessoa estiver sozinha, identifique-se sempre ao se aproximar dela. Nunca use brincadeiras, como: “adivinha quem é?”;
- ao ajudá-la a sentar-se, coloque a mão da pessoa sobre o braço ou encosto da cadeira, e ela será capaz de sentar-se facilmente;
- ao orientá-la, ofereça direções do modo mais claro possível. Diga direita ou esquerda, de acordo com o caminho que ela necessite. Nunca use termos como “ali”, “lá”;
- nunca deixe uma porta entreaberta. As portas devem estar totalmente abertas ou completamente fechadas. Conserve os corredores livres de obstáculos. Avise-a se a mobília for mudada de lugar;
- ao conversar, fale sempre diretamente e nunca por intermédio de seu companheiro. A pessoa pode ouvir tão bem ou melhor que você;
- ao afastar-se da pessoa, avise-a para que ela não fique falando sozinha.

ABORDAGEM UTILIZANDO O TATO PARA MOTIVAÇÃO

Os deficientes visuais utilizam outros sentidos para verificar os estímulos sensoriais e acumular informações. Logo, a equipe de saúde bucal deve explorar o tato e a audição para a orientação dos pacientes (RATH et al., 2001; NUNES; LOMÔNACO, 2010) como também tornar o indivíduo independente para realizar sua higiene pessoal (NANDINI, 2003).

A comunicação verbal deve ser amplamente utilizada durante a fase de instrução sobre higiene bucal. Outro fato de grande impor-

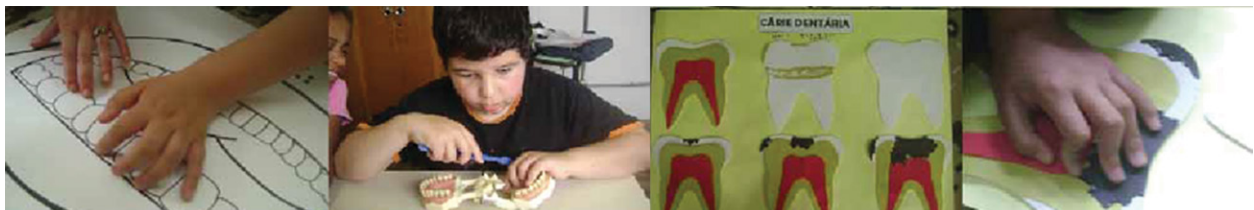
tância é orientar o paciente para reconhecer a presença da placa bacteriana com a língua e conhecer as outras estruturas da boca (GOULART; VARGAS, 1998).

A determinação do tipo de deficiência visual é importante porque quem possui baixa visão tem uma higiene bucal melhor, quando se compara aos totalmente cegos (BATISTA et al., 2003). Desse modo, as formas de orientação devem ser diferenciadas.

O uso de materiais lúdico-pedagógicos para orientação do deficiente visual é muito importante. Sem acesso a materiais gráficos (desenhos e figuras em relevo, por exemplo) em situações de aprendizagem, estamos restringindo uma ampla possibilidade de conhecimento do mundo para o deficiente visual (NUNES; LOMÔNACO, 2010). Assim, devemos desenvolver materiais que o façam entender o processo da cárie, de desenvolvimento da doença periodontal e as práticas de higiene bucal.

Na figura 5, observa-se que materiais didáticos foram confeccionados com o intuito de se estabelecer a educação para a saúde bucal, utilizando-se de materiais texturizados, figuras em autorelevo e macromodelos para que a pessoa com deficiência visual possa conhecer a anatomia da cavidade bucal e dos dentes e, a partir disso, ter uma melhor noção de como realizar a higiene bucal.

Figura 5 – Exemplos de materiais lúdico-pedagógicos que podem ser utilizados



Fonte: (COSTA et al., 2012).

3.6 PARALISIA CEREBRAL

A Paralisia Cerebral (PC) é uma deficiência permanente, estável e contínua, que afeta as crianças. Como definição, tem-se que é uma encefalopatia crônica não progressiva, antes da completa maturação do sistema nervoso central, ocasionando o comprometimento de várias partes do corpo ou paralisia em um único membro. Normalmente, a encefalopatia afetará o controle do corpo, por meio de convulsões, falta de equilíbrio e incoordenações. A sua etiologia é multifatorial, podendo ocorrer devido a fatores pré, peri ou pós-natais (SABBAGH-HADDAD, 2007). Podemos afirmar que se trata de um distúrbio do movimento e do tônus muscular, causado por uma lesão não progressiva do encéfalo imaturo.

Figura 6 – Consequências da paralisia cerebral

Fonte: (UFPE, 2013).



ATENÇÃO

A pessoa com paralisia cerebral não pode ser confundida com aquela que tem uma deficiência intelectual. A paralisia cerebral é um distúrbio da motricidade, isto é, são alterações do movimento, da postura, do equilíbrio, da coordenação, com presença variável de movimentos involuntários.



VOCÊ SABIA

Com uma incidência de 1,2 a 2,3 por mil crianças em idade escolar, em países desenvolvidos, o Brasil reúne várias condições que favorecem a ocorrência da PC em maior escala (LEMOS; KATZ, 2012). No ano de 2002, estimou-se que, no Brasil, nasciam de 30 a 40 mil crianças por ano com paralisia cerebral (ZANINI; CEMIN; PERALLES, 2009).

Em alguns casos, as taxas de mortalidade de pessoas com deficiência diminuíram nos países desenvolvidos. Por exemplo, adultos com paralisia cerebral têm expectativa de vida próxima à de pessoas não deficientes (OMS, 2012).

Figura 7 – Fatores determinantes da paralisia cerebral

Causas Pré-natais	Como o próprio nome já leva a crer, são aquelas que ocorrem durante o período de gestação, como desnutrição, infecções, problemas genéticos, uso de medicamentos e/ou drogas durante a gravidez, acarretando as más formações congênitas e a oclusão de artérias cerebrais.
Causas Perinatais	São as situações relacionadas ao momento do nascimento do bebê, como problemas respiratórios e falta ou diminuição da oxigenação cerebral (anóxia ou hipóxia), prematuridade, cordão umbilical ao redor do pescoço da criança, sofrimento da criança devido ao tempo demorado de trabalho de parto.
Causas Pós-natais	Ocorrem após o nascimento e podem ser exemplificadas pelas doenças infectocontagiosas, acidentes, quedas, infecção hospitalar, doenças degenerativas, hipoglicemia severa e icterícia não tratada, dentre outras.

Fonte: (REDDIHOUGH; COLLINS, 2003, adaptado).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E COMPORTAMENTAIS

Ao receber um paciente, uma anamnese e o exame físico minuciosos devem eliminar a possibilidade de distúrbios progressivo do sistema nervoso central, incluindo as doenças degenerativas, o tumor da medula espinhal ou a distrofia muscular.

De acordo com a intensidade e a natureza das anormalidades neurológicas, um eletroencefalograma (EEG) e uma tomografia computadorizada (TC) iniciais podem ser indicados para determinar a localização e extensão das lesões estruturais ou malformações congênitas associadas. Exames adicionais podem incluir testes das funções auditiva e visual. Como a paralisia cerebral geralmente está associada a um amplo espectro de distúrbios do desenvolvimento, uma abordagem multidisciplinar é mais benéfica na avaliação e no tratamento desses pacientes (LEITE; PRADO, 2004).



ATENÇÃO

O primeiro e mais importante aspecto clínico da pessoa com paralisia cerebral, principalmente em crianças, é a disfunção respiratória, e, quando ela está em nossa cadeira odontológica, a atenção tem que ser dobrada.

A desordem neuromotora, proveniente da lesão cerebral, pode promover alterações do trato respiratório, que são decorrentes de alterações posturais, diminuição da mobilidade, deformidades torácicas, carências nutricionais, acentuado uso de medicações e infecções respiratórias de repetição, com conseqüente retenção de secreção traqueobrônquica. Dessa maneira, aumenta-se o risco de morbidade e mortalidade por afecções respiratórias, principalmente em crianças (SLUTZKY, 1997).

Na observação clínica da paralisia cerebral, deve-se considerar a extensão do distúrbio motor, sua intensidade e, principalmente, a caracterização semiológica desse distúrbio (LEITE; PRADO, 2004).

A paralisia cerebral apresenta várias formas de manifestações clínicas, principalmente pelos reflexos musculares involuntários apresentados. A identificação do tipo de tônus muscular e a sua localização são de extrema importância clínica para tentarmos minimizá-los na cadeira odontológica, oferecendo conforto e segurança ao paciente e uma adequada ergonomia à equipe de saúde bucal.

A seguir, são apresentados alguns sinais clínicos importantes:

- atraso no desenvolvimento neuropsicomotor;
- fala normal apenas em 50% dos pacientes;
- distúrbios de aprendizagem e disartria;
- convulsões em alguns casos.



GLOSSÁRIO

Disartria: é um distúrbio motor da fala, que pode ser resultado de qualquer lesão dos nervos. Caracteriza-se pela capacidade diminuída ou articulação pobre. O distúrbio pode se manifestar como uma perda de controle sobre os músculos que são usados para falar. Em outras palavras, uma pessoa com disartria pode perder o controle sobre os lábios, língua ou os músculos da mandíbula, que, por sua vez, podem prejudicar a fala. O resultado é a fala lenta ou arrastada.



VOCÊ SABIA

Que a maior parte dos reflexos musculares patológicos apresentados pelas pessoas com paralisia cerebral pode ser inibida e que é possível inibir os reflexos na cadeira odontológica? Vamos, então, conhecer os tônus musculares e as suas localizações?

TIPOS DE TÔNUS MUSCULARES

- 1. Espasticidade** – é provocada por uma lesão no córtex cerebral, promovendo hipertonia e movimentos curtos no paciente, exacerbação do reflexo de estiramento, aumento da contração muscular e resistência aumentada à movimentação passiva da articulação. O posicionamento e controle desse paciente na cadeira odontológica deve ser realizado mediante o uso da estabilização física com faixas ou lençóis, haja vista que as contrações musculares podem ser bruscas e repentinas.
- 2. Atetose** – provocada por lesão nos núcleos da base. Provoca um fluxo contínuo de movimentos involuntários distais e rotatórios e tônus flutuante, com posições retorcidas e alternantes, que se exprimem geralmente nas mãos e nos pés, podendo, em alguns casos, afetar, também, os músculos da face, do pescoço e da nuca.
- 3. Ataxia** – é mais frequentemente causada por uma perda da função do cerebelo, a parte do cérebro que serve como centro de coordenação, localizado na parte inferior e de trás da cabeça, na base do cérebro. Significa a perda de coordenação dos movimentos musculares voluntários. A pessoa com paralisia cerebral do tipo atáxica possui um tônus muscular “frouxo”, de aspecto hipotônico e pode apresentar perda de orientação espacial.

Figura 8 – Adolescente com espasticidade



Observe o tônus muscular de pernas e braços e a posição da mão esquerda e mandíbula.

Figura 9 – Adolescente com atetose



Observe o tônus muscular e a posição do tórax.

Figura 10 – Criança com um quadro muscular de ataxia



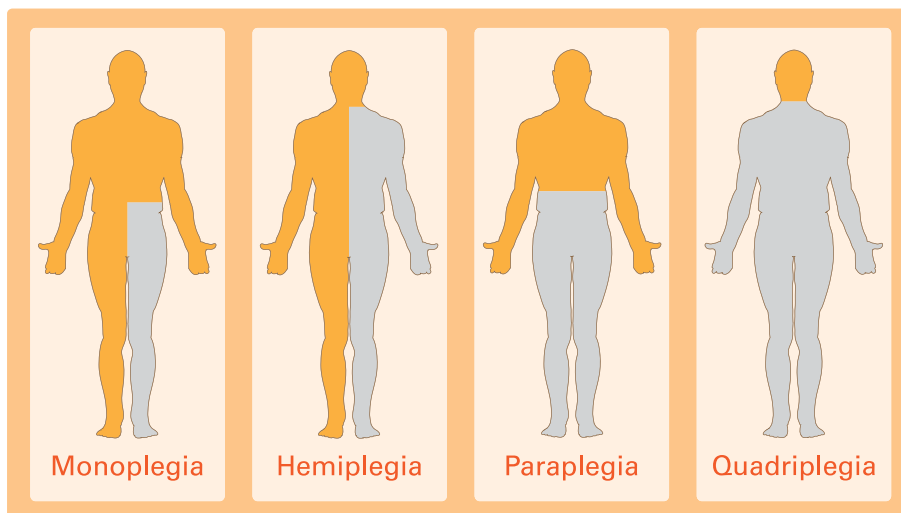
Observe o tônus muscular dos membros superiores.

Fonte: (UPE, [20--?]).

LOCALIZAÇÃO DO TÔNUS MUSCULAR

Percebemos nas páginas anteriores como o tônus muscular pode se apresentar em uma pessoa com paralisia cerebral. Agora, precisamos lembrar o que já foi visto anteriormente em relação à localização do tônus.

Figura 11 – Localização do tônus muscular



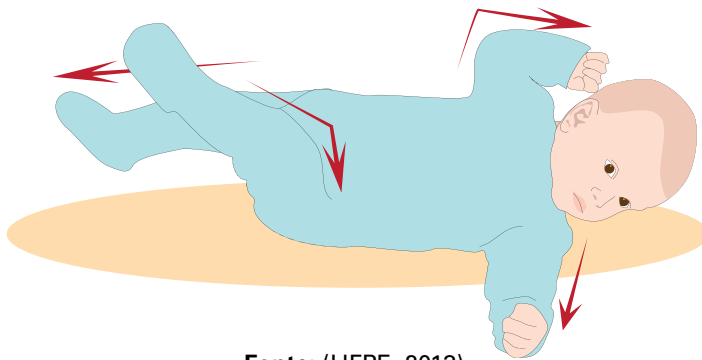
Fonte: (UFPE, 2013).

Outra condição a que a equipe de odontologia precisará estar atenta diz respeito aos reflexos musculares involuntários que as pessoas com paralisia cerebral apresentam. Esses reflexos podem ser definidos como reações involuntárias em resposta a um estímulo externo e consistem nas primeiras formas de movimento humano. São normais no recém-nascido e vão desaparecendo ao longo dos meses, com o desenvolvimento neuropsicomotor. No entanto, na pessoa com paralisia cerebral, esses reflexos são mantidos, sendo conhecidos como reflexos primitivos persistentes ou reflexos musculares patológicos.

Listaremos, a seguir, os principais reflexos musculares patológicos, de extremo interesse para a equipe de saúde bucal:

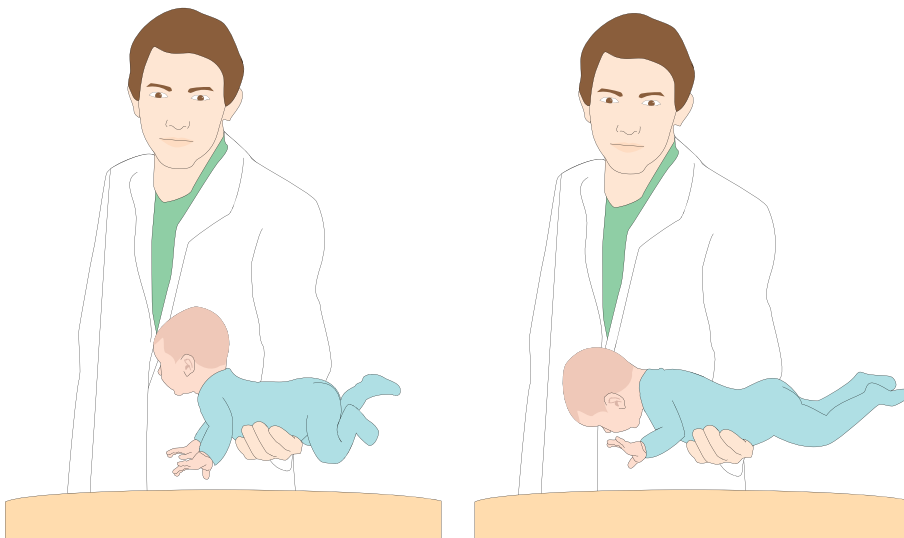
Reflexo Tônico Cervical Assimétrico (RTCA): é uma resposta proprioceptiva, que se origina nos músculos do pescoço e, talvez, nos receptores sensoriais dos ligamentos e da articulação da coluna cervical.

Quando a pessoa vira a cabeça para um lado, aumenta a hipertonia extensora no lado para o qual a face está virada e aumenta a hipertonia flexora no lado oposto.

Figura 12 – Apresentação clínica do RTCA

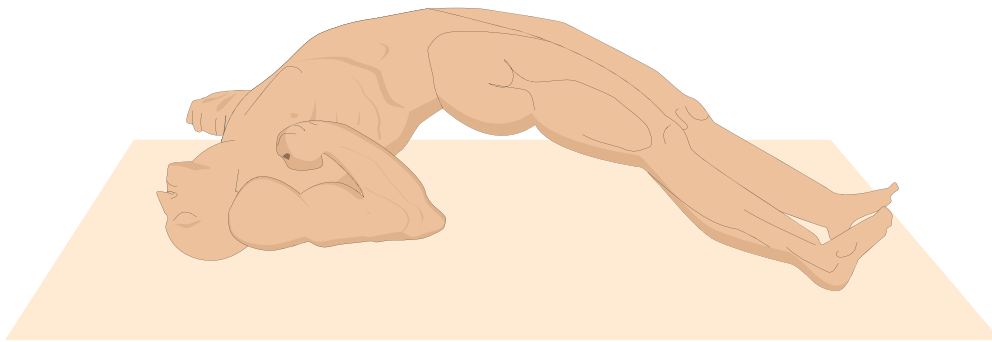
Fonte: (UFPE, 2013).

Reflexo Tônico Cervical Simétrico (RTCS): resposta proprioceptiva dos músculos do pescoço por um movimento ativo ou passivo de flexionar ou levantar a cabeça. Quando se realiza esse movimento, haverá aumento da hipertonia extensora dos braços e flexora das pernas, entretanto, quando se flexiona a cabeça, produz-se o efeito oposto. Esses reflexos são também denominados de “gato olhando para a lua” e “gato bebendo leite”, respectivamente

Figura 13 – Apresentação clínica do RTCS

Fonte: (UFPE, 2013).

Reflexo Tônico Labiríntico (RTL): na criança com paralisia cerebral, causa um máximo de tônus extensor na posição supina e um mínimo de hipertonia extensora, com um aumento de tônus flexor na posição prona. Na cadeira odontológica, a pessoa com esse reflexo assumirá uma posição que foi muito bem retratada na obra do pintor Charles Bell em 1809.

Figura 14 – Apresentação clínica do RTL

Fonte: (UFPE, 2013).

Na anamnese com os pais/responsáveis dos pacientes com paralisia cerebral, devem-se observar habilidades e características específicas, tais como: humor, comportamento, linguagem, contato e interação. Esses dados são de extremo interesse no momento do atendimento odontológico. A criança com paralisia cerebral, dependendo do seu diagnóstico, dos distúrbios associados ou não, pode apresentar dificuldades no processo de aquisição de habilidades gerais do seu desenvolvimento. Nesse sentido, a independência funcional e a qualidade de vida podem ser citadas como as principais metas da equipe de reabilitação e de saúde bucal, responsáveis pelo tratamento de crianças com paralisia cerebral (CAMARGOS et al., 2012).

RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL

De acordo com Lemos e Katz (2012), os pacientes com paralisia cerebral apresentam uma maior experiência de cárie e doença periodontal devido a sua impossibilidade ou dificuldades de autocuidado. Ainda, devido à movimentação anormal da sua musculatura facial, a cavidade bucal pode apresentar retenção prolongada de alimentos, com comprometimento da função de autolimpeza.



ATENÇÃO

A paralisia cerebral não determina qualquer anormalidade na cavidade bucal, entretanto muitas condições são comuns ou mais severas em pessoas com paralisia cerebral, quando comparadas às pessoas sem a paralisia.

Os principais achados bucais em pessoas com paralisia cerebral (NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH, 2007, tradução nossa) estão descritos abaixo:

- doença periodontal
- cárie dentária
- má oclusão
- disfagia
- sialorreia
- bruxismo
- traumatismo bucal

A hipoplasia de esmalte, muito comum nas pessoas com paralisia cerebral, é um importante fator de risco para a cárie dentária. A hipoplasia resulta de um defeito de formação do esmalte dentário, podendo ser causada pela maioria dos fatores pré, trans e pós-natais da paralisia cerebral.

Temos utilizado, com sucesso, a Técnica de Pistas Diretas Planas para diminuição e controle do Bruxismo, apesar de ela ser indicada para descruzamento de mordida. Confeccionamos as pistas nos molares inferiores, preservando o caso mensalmente até o desaparecimento do bruxismo. Normalmente, em três meses temos a remissão completa ou diminuição do bruxismo.



ATENÇÃO

Alerte seus pacientes, pais e cuidadores para a importância do uso diário do fio dental e escovação dos dentes com creme dental. Uma boa dica é lhes pedir para mostrarem como procedem em casa.

Caso seja preciso fazer adaptações na escova, veja como fazê-lo no capítulo que tratará das Tecnologias Assistivas.

Analise a evolução da higiene bucal do seu paciente e, se for o caso, poderão ser indicados enxaguatórios bucais à base de flúor ou clorexidina. Dependendo do grau do déficit motor e da cognição do paciente, escovas elétricas deverão ser indicadas. Nesses casos, procure trabalhar integrado com a equipe de saúde, principalmente com neurologistas, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS

Temos observado na clínica que o comportamento da pessoa com deficiência, em geral, está ligado à sua capacidade de interação com outras pessoas e com a sociedade. Assim, na anamnese, procure verificar o comportamento dos pais/responsáveis pela pessoa com paralisia cerebral. Há rejeição? A pessoa é bem tratada? Aspectos como esses podem demonstrar o “perfil comportamental” do paciente e o modo como a família situa essa pessoa nas suas relações sociais. Os filhos, cujos pais apresentam esse comportamento de rejeição, podem desenvolver sentimentos que irão interferir em seu comportamento, tais como: ansiedade, tensão, sentimentos de inferioridade, autoconceito negativo, insegurança, falta de confiança em si, falta de iniciativa. Todos esses comportamentos irão, de uma maneira ou de outra, interferir no cuidado odontológico.

De acordo com Alves (2012), quando um filho nasce, os pais conferem se a criança é perfeita. Caso seja positivo, ficam aliviados e comemoram. Caso contrário, existe a morte do filho idealizado, e tal constatação gera profunda tristeza, medo do futuro, frustração e vergonha.

Outro aspecto importante e que merece ser ressaltado é o fato de o “medo do dentista” já fazer parte do imaginário popular. A realização de procedimento odontológico é vista como um ato desconfortante e apreensivo para muitas pessoas, e isso pode estar sendo repassado aos nossos pacientes pelos seus pais ou responsáveis.



ATENÇÃO

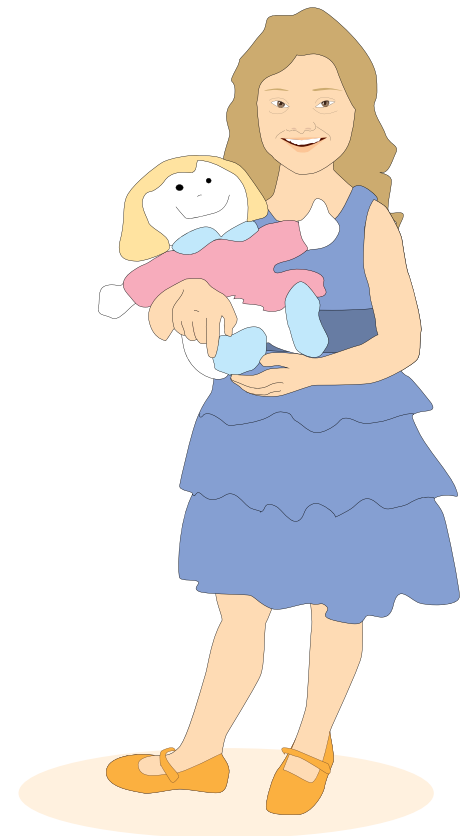
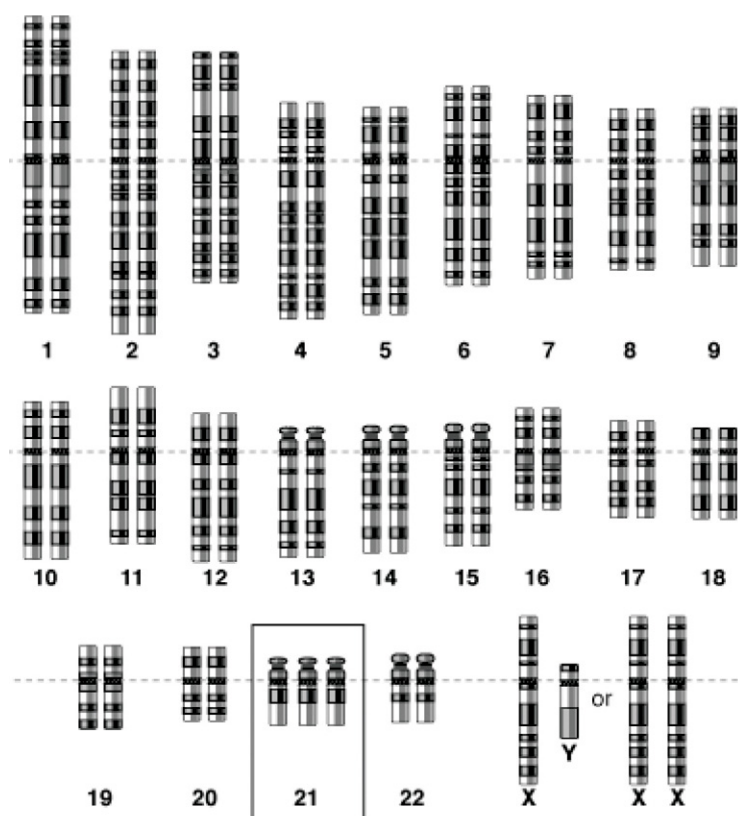
Colega, caso você perceba comportamentos de rejeição (negação, vergonha, irritabilidade, descuido e violência) na família de seu paciente, oriente no sentido de que se busque um acompanhamento psicossocial para a família. Verifique na sua cidade os serviços disponíveis nesse caso. Esse é um passo fundamental para o sucesso do tratamento odontológico.

A ansiedade, um sentimento comum aos pacientes submetidos a tratamento odontológico, é um fenômeno de resposta a alguma ameaça, relacionada com o medo e a dor. Esse desconforto, por sua vez, é refletido em alterações comportamentais e fisiológicas, sendo que estas são importantes no estado geral do paciente, uma vez que são refletidas nos seus sinais vitais (COSTA et al., 2012).

3.7 SÍNDROME DE DOWN

A síndrome de Down é a alteração cromossômica mais conhecida e estudada. Acomete aproximadamente 1 em cada 800 a 1.000 nascimentos, e a incidência aumenta com o aumento da idade materna. Foi descrita inicialmente por John Langdon Down em 1862, resultante de uma trissomia do cromossomo 21. É importante lembrar que nossa informação genética é contida nos genes. Na maioria das vezes, os cromossomos se apresentam aos pares, entretanto, na síndrome de Down, observa-se um material cromossômico adicional ligado ao cromossomo 21, caracterizando a trissomia do 21 (SILVA; CRUZ, 2009).

Figura 15 – Representação do cariótipo de uma pessoa com síndrome de Down por trissomia do cromossomo 21



Fonte: (Trisomie 21 Genom-Schema, [2005]).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O indivíduo com síndrome de Down possui características clínicas relevantes. É importante conhecê-las para acolhê-lo e tratá-lo melhor. O conhecimento dessas características é responsável por um importante aumento na expectativa de vida das pessoas com esse tipo de síndrome.

A presença de dismorfias (anomalias de forma) e o retardo no desenvolvimento psicomotor caracterizam a síndrome de Down. Deve-se acrescentar a eles o risco aumentado de condições congênitas, que incluem alterações cardíacas e gastrointestinais, doença celíaca e hipotireoidismo.

Figura 16 – Características clínicas da síndrome de Down



Fonte: (SILVA; CRUZ, 2009, adaptado).

A síndrome de Down pode ter diagnóstico pré-natal, reforçando a importância do acompanhamento adequado. O diagnóstico precoce induz à avaliação adequada da criança desde o período pré-natal, possibilitando identificar a presença e gravidade de alterações congênitas. É importante que você conheça um pouco melhor as doenças (comorbidades) mais frequentes na síndrome (WEIJERMAN; WINTER, 2010). Vejamos a seguir:

- **Cardiopatía congênita** – a prevalência varia de 44 a 58%, sendo os defeitos atrioventricular e ventricular-septal os tipos mais comuns. O reconhecimento precoce dessas malformações pode levar a um melhor tratamento, realizado entre 2 a 4 meses, e à prevenção de hipertensão pulmonar. Isso justifica a importância de esses pacientes realizarem um ecocardiograma no primeiro mês de vida;
- **Alterações da visão** – mais da metade dos pacientes com síndrome de Down apresentam distúrbios visuais. Dentre os mais relevantes, destacam-se o estrabismo (20 – 47%), a catarata congênita (4 – 7%), a catarata adquirida (3 – 15%) e o ceratocone. Este ocorre mais precocemente nas pessoas com síndrome de Down. Alterações respiratórias – presença de chiado respiratório recorrente e semelhante à asma é frequente (até 36% dos pacientes possuem) e normalmente está associado ao vírus sincicial respiratório. Também são observadas malformações das vias aéreas;
- **Alterações hematológicas e imunológicas** – um quadro de pré-leucemia (desordem mieloproliferativa transitória) é observado em até 10% dos pacientes, podendo evoluir para leucemia antes dos 5 anos, em 20% dos casos. Também se observa uma menor contagem de células T e B, o que favorece um maior risco a infecções.

CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS

Grande parte das crianças com síndrome de Down apresentam desenvolvimento no limite inferior da curva normal, muito embora essa alteração possa se acentuar na primeira década de vida. Na adolescência, a função cognitiva se estabiliza e se mantém por toda a vida adulta. A fala é normalmente atrasada, de modo que os professores necessitam de uma abordagem mais adequada nessa etapa da vida, pois a isso soma-se a diminuição das funções orais motoras que pode interferir na articulação das palavras.

O desenvolvimento da criança com síndrome de Down deve ser bastante estimulado na pré-escola, o que normalmente garante resultados muito bons já nos anos seguintes, principalmente nas atividades sociais. A família deve ser orientada nessa fase, pois a independência na vida adulta depende, também, da possibilidade de realizar atividades recreativas e sociais sem a presença dos pais, garantindo autonomia à criança. Assim, o comportamento da pessoa com síndrome de Down, em grande parte, é influenciado pela aceitação familiar, que será a base para a sua inserção social.

As meninas com síndrome de Down têm o início da puberdade na mesma época das demais garotas, sendo capazes de engravidar sem quaisquer complicações. Os garotos também têm desenvolvimento sexual semelhante aos demais, muito embora apresentem fecundidade reduzida. Sendo assim, é importante estabelecer ações de educação sexual para prevenir gravidez precoce. Outro importante aspecto que deve ser considerado por todos os profissionais de saúde é a ocorrência de abuso sexual, principalmente em meninas com síndrome de Down.

RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL

Quem tem síndrome de Down apresenta características buco-dentais peculiares, devendo estas serem reconhecidas pelos cirurgiões-dentistas e pela equipe auxiliar. Algumas características são marcantes, como a presença de mordida aberta anterior, hipotonia da língua, dando a impressão clínica que a pessoa possui uma macroglossia, palato ogival e respiração oral. A maioria dos pacientes também apresenta hipotonia dos músculos orais e periorais, o que favorece a um quadro de sialorreia ou incontinência salivar. Por conseguinte, essa musculatura deve ser estimulada, visando a um maior controle motor e a um melhor controle do fluxo salivar. Neste aspecto, o trabalho multidisciplinar envolvendo o cirurgião-dentista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo é de extrema importância para a adequada função do sistema estomatognático.

Algumas alterações dentárias são marcantes, incluindo a presença de dentes conóides, retardo de erupção, hipoplasia dentária e alta prevalência de doença periodontal. Ainda, estudos recentes têm apontado uma menor quantidade de *Streptococcus mutans* em pacientes com síndrome de Down, associados a menores índices de cárie (AREIAS et al., 2012). Contudo, esse fato não parece ter efeito no CPO-D, que se mostra semelhante entre aquele que tem e o que não tem a síndrome.



PARA REFLETIR

A pessoa com síndrome de Down, sempre que possível, deve ser responsável pelos seus cuidados pessoais. Isso lhe garantirá autonomia e autoconfiança.

Você pode estudar as principais características clínicas da pessoa com síndrome de Down, as doenças que as acometem com maior frequência e as alterações bucais mais comuns. Apesar de esse conhecimento ser a base de um atendimento adequado, lembre-se de que acolhimento e respeito são a chave para uma relação de confiança.

3.8 O IDOSO COM DEFICIÊNCIA

O envelhecimento provoca mudanças profundas nos modos de pensar e viver essa fase da vida nas sociedades. O percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos deverá alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens (MENDES, 2012).

Segundo a OMS (2012), a desigualdade social é uma das principais causas dos problemas de saúde e, conseqüentemente, das deficiências. Na população idosa, as doenças mais frequentes são as doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, osteoporose, depressão, etc.) e crônico-degenerativas (demências, doença de Alzheimer, mal de Parkinson, artrose, etc.), que progridem e, em geral, levam à invalidez parcial ou total do indivíduo (CAMPOS et al., 2009).

DOENÇAS SISTÊMICAS DO IDOSO E AS DEFICIÊNCIAS

São várias as doenças sistêmicas que podem causar deficiências e limitações no idoso. As síndromes neurodegenerativas ou demências, que têm na idade o seu principal fator de risco e dado o seu potencial de gerar incapacidades e seu caráter epidêmico, constituem-se em um dos principais problemas de saúde pública do início do século XXI (SPINELLI et al., 2005). Dentre as demências, a doença de Alzheimer é a mais prevalente, irreversível, caracterizando-se pela degeneração, de forma lenta e progressiva, da massa encefálica. É um transtorno neurodegenerativo e acarreta alterações intelectuais, comportamentais e funcionais no indivíduo (SPINELLI et al., 2005). A doença ou mal de Parkinson também apresenta alta prevalência, predominando em pessoas idosas, geralmente entre os 50 e 70 anos de idade. A doença de Parkinson é definida como um distúrbio neurológico progressivo, caracterizado, sobretudo, pela degeneração dos neurônios, resultando na diminuição da produção de dopamina e produzindo um conjunto de sintomas caracterizados, principalmente, por distúrbios motores (GONÇALVES; ALVAREZ; ARRUDA, 2007).

As síndromes demenciais são caracterizadas por declínio cognitivo adquirido, cuja intensidade é capaz de interferir nas atividades profissionais e sociais da vida diária do indivíduo. Devemos suspeitar de quadro demencial quando o paciente apresentar algumas das alterações descritas a seguir:

Alterações cognitivas: diminuição da memória, dificuldade de compreender a comunicação escrita ou verbal, dificuldade de encontrar as palavras, esquecimento de fatos de conhecimento comum (por exemplo, nome do Presidente da República).

Sintomas psiquiátricos: apatia, depressão, ansiedade, insônia, desconfiança, delírios, paranoia, alucinações.

Alterações de personalidade: comportamentos inapropriados, desinteresse, isolamento social, ataques explosivos, frustração excessiva.

Mudanças no comportamento: agitação, inquietude, deambulação durante a noite.

Diminuição da capacidade de realizar atividades da vida diária: dificuldade em dirigir, cozinhar, cuidado pessoal ruim, problemas com compras e no trabalho.

Outro grupo de doenças que pode levar a incapacidades temporárias ou permanentes são as doenças cardiovasculares. Dentre elas, destacam-se as doenças coronarianas, a hipertensão arterial, o acidente vascular cerebral (AVC) e a insuficiência cardíaca, que possuem uma grande relação com a aterosclerose (MENDES, 2012).

RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL

Os danos das doenças incapacitantes causados à saúde bucal das pessoas com deficiências e na população idosa estão relacionados a diversos fatores, como: dificuldade ou impossibilidade com o autocuidado oral, difícil acesso à prevenção, tratamento e controle das doenças e efeitos colaterais de medicamentos. A saúde bucal comprometida pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental e diminuir o prazer de uma vida social ativa (ROSA et al., 2010).

De acordo com a literatura, as doenças bucais mais prevalentes na população idosa e deficiente são: a cárie, a doença periodontal e o edentulismo (FERREIRA et al., 2009; BATISTA, 2010). A perda óssea, observada na doença periodontal, provoca exposição da raiz, favorecendo o desenvolvimento de lesões de cáries, que, segundo Peixoto (2008), são de evolução rápida e prevalente na terceira idade. É importante lembrar que a doença periodontal é uma patologia de evolução lenta, com níveis de prevalência elevados, sendo a segunda maior causa de patologia dentária na população de todo o mundo. Tem sido apontada como um dos principais fatores de risco às doenças cardiovasculares (ALMEIDA et al., 2006).

Os idosos, que usam próteses parcial ou total, precisam de orientações específicas em relação à higienização, pois o acúmulo de detritos pode favorecer o surgimento de candidíase oral, que se manifesta como lesões brancas de aspecto cremoso, na língua, na parede interna das bochechas e no palato (céu da boca). O paciente se

queixa de ardência, diminuição do paladar e sensação de ter algodão na boca. Quando o esôfago é acometido, o paciente se queixa de dificuldade e dor para engolir (odinofagia).

Figura 17 – Higienização da prótese dentária



Fonte: (UFPE, 2013).

Para o sucesso do atendimento do idoso com deficiência, é fundamental a colaboração do idoso e do seu cuidador para a execução adequada não só do tratamento mas também das rotinas de higiene bucal e dos exames orais constantes (MONTENEGRO; MARCHINI; MANETTA, 2011). Portanto, não deixe de orientar os idosos e/ou cuidadores sobre a importância da saúde bucal.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, S. M. H. C. A. et al. Eficiência de um programa para a educação e a motivação da higiene buco-dental direcionado a excepcionais com deficiência mental e disfunções motoras. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins** – Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP), v. 12, n. 1 e 2, p.16-23, jan./dez. 2000. ISSN: 0104-7582. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/revfol12_12art03.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2012.

ALMEIDA, R. F. et al. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. **Rev Port Clin Geral**, Porto, v. 22, p. 379-390, 2006. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10250>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

ALVES, E. G. dos R. A morte do filho idealizado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 1, p.90-97, jan./mar., 2012. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/90/13.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.

APAE DE SÃO PAULO. **Sobre a deficiência intelectual**. [20--?]. Disponível em: <<http://www.apaesp.org.br/SobreADeficienciaIntelectual/Paginas/O-que-e.aspx>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

AREIAS, C. et al. Reduced salivary flow and colonization by mutans streptococci in children with Down syndrome. **Clinics**, v. 67, n. 9, p.1007-1011, 2012.

ASSUMPCÃO JR., F. B. **Autismo infantil**: um algoritmo clínico. [Tese de livre docência], Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1993.

BATISTA, C. G. et al. A odontologia e as pessoas com deficiência visual. **Jornal Brasileiro de Odonto-Psicologia e Odontologia para Pacientes Especiais**, Curitiba, v.1, n.2, p.170-174, mar./abr., 2003.

BATISTA, M. J. **Razões das perdas dentárias em adultos em idade economicamente ativa**, São Paulo, SP. 2010. Dissertação (Mestrado)

– Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, 2010.

BERNARDES, L. C. G. et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.31-38, fev., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. **TV Escola: o canal da educação.** @2010. Disponível em: <http://tvescola.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=289:caderno-tv-escola-deficiencia-visual&catid=105:outras-publicacoes>. Acesso em: 30 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Diretrizes assistenciais em saúde mental na saúde suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/roldeprocedimentos/Dir_Assist_Saude_Mental_SS.pdf>. Acesso em: 18 dez.2012.

BROWN, D. **An observational study of oral hygiene care for visually impaired children.** 2008. Tese. Glasgow (UK): University of Glasgow, 2008.

CAMARGOS, A. C. R., et al. Relação entre independência funcional e qualidade de vida na paralisia cerebral. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 25, n. 1, p. 83-92, jan./mar., 2012. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=5919&dd99=pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

CAMARGOS JR., W. et al. **Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º Milênio.** Brasília: CORDE, 2005. 260 p. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/Transtornos%20Invasivos%20do%20>

Desenvolvimento%20-%203%C2%BA%20Mil%C3%AAnio.pdf>.
Acesso em: 20 dez. 2012.

CAMPOS, C. de C. et al. **Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais**. Goiás: UFG, 2009. Disponível em: <http://www.odonto.ufg.br/uploads/133/original_Manual_corrigido-.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.

CARVALHO, K. M. M.; GASPARETO, M. E. R. F.; VENTURINI, N. H. B. Visão subnormal. **Rev. Benjamin Constant**, Rio de Janeiro, n.1, p.12-3, 1995.

COSTA, R. R. et al. Avaliação da influência da expectativa e ansiedade do paciente odontológico submetido a procedimento cirúrgico a partir de seus sinais vitais. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 43-47, jan./fev., 2012. Disponível em: <<http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v41n1a08.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

ENGAR, R. C.; STIEFEL, D. J. **Dental treatment of the sensory impaired patient**. Seattle: University of Washington, 1977. 65p.

FERREIRA, M. C. D.; HADDAD, A. S. Deficiências sensoriais e de comunicação. In: HADDAD, A. S. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Santos, 2007. p. 253-61.

FERREIRA, R. C. et al. Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, nov., 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100008>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

FIGUEIREDO, M. C. et al. Perfil de los pacientes com necesidades especiales. **Assoc Argent Odontol Niños**, v. 32, n. 1, p. 8-11, 2003.

FREIRE, D. B. et al. Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.889-897, abr., 2009. Disponível

em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400020>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

FUNDAÇÃO Dorina Nowill para Cegos. **Deficiência visual**. [20--?]. Disponível em: <<http://www.fundacaodorina.org.br/deficiencia-visual>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

GIL, M. (org.) **Deficiência visual**. Brasília: Secretaria de Educação a Distância / MEC, 2000. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/deficienciavisual.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; ARRUDA, M. C. Pacientes portadores da doença de Parkinson: significado de suas vivências. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, mar., 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000100011>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

GOULART, A. C. F.; VARGAS, A. M. D. A percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 34, n. 2, p.107-119, 1998.

GUIMARÃES, A. O.; AZEVEDO, I. D.; SOLANO, M. C. Medidas preventivas em odontologia para pacientes portadores de necessidades especiais. **Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 9, n.47, p.79-84, 2006.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). Banco de Dados Agregados. Censo Demográfico e Contagem da População. **Censo Demográfico 2010**: características gerais da população, religião e deficiência. 2012. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010CGP.asp?o=13&i=P>>. Acesso em: 5 dez. 2012.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, supl.1, maio, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000500002&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 abr. 2013.

KIRK, A. S.; GALLAGHER, J. J. **Educação da criança excepcional**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LEITE, J. M. R. S.; PRADO, G. F. Paralisia cerebral - aspectos fisioterapêuticos e clínicos. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 41-45, 2004. Disponível em: <[http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2004/RN_12_01/Pages from RN_12_01-7.pdf](http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2004/RN_12_01/Pages_from_RN_12_01-7.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2013.

LEMOS, A. C. O.; KATZ, C. R. T. Condições de saúde bucal e acesso ao tratamento odontológico de pacientes com paralisia cerebral atendidos em um centro de referência do Nordeste – Brasil. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 5, out., 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462012005000045>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

LINDEN, A. **Surdez**. ABC da Saúde. 2001. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?402>>. Acesso em: 8 nov. 2012.

MARSURA, A. et al. A interferência da alteração de tônus sobre a reabilitação fisioterapêutica após lesões neurológicas. **Saúde em Foco**, p. 7-12, nov., 2012. Disponível em: <http://www.unifia.edu.br/projetorevista/artigos/saude/saude2012/interferencia_fisioterapeutica.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2012.

MED-EL. **Tipos de perda auditiva**. c2012. Disponível em: <<http://www.medel.com.br/show/index/id/63/title/Tipos-de-Perda-Auditiva?HPSESSID=urvrtn03ks3cdk2so79os8k7v5>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2012.

MILLER, S. J. H. **Enfermidades dos olhos**. 16. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1981.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **A inserção da pessoa portadora de deficiência e do beneficiário reabilitado no mercado de trabalho**. Brasília: MPT/Comissão de Estudos para inserção da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho, 2001.

Disponível em: <http://www.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/manual_ppd.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2012.

MONTENEGRO, F. L. B.; MARCHINI, L.; MANETTA, C. E. Atenção odontológica para idosos em unidades de internação. **Revista Portal de Divulgação**, n. 7, fev., 2011. Disponível em: <<http://portaldoenvelhecimento.org.br/revista-nova/index.php/revistaportal/article/view/120>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

MTE (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO). **A inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho**. 2. ed. Brasília: MTE, SIT, 2007. Disponível em: <http://www.acessibilidade.org.br/cartilha_trabalho.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2012.

NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH. Practical Oral Care for People With Cerebral Palsy. **NIH Publication**, n. 09-5192, p.1-8, 2007. Disponível em: <<http://www.nidcr.nih.gov/NR/rdonlyres/2488EA0F-8CCE-486A-81C9-F68F8FBB5AB4/0/POCCerebralPalsy.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2012.

NUNES, S; LOMÔNACO, J. F. B. O aluno cego: preconceitos e potencialidades. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 55-64, jan./jun., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v14n1/v14n1a06.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE). **Relatório mundial sobre a deficiência**. World Health Organization, The World Bank. Tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012. 334 p.

PEIXOTO, S. F. **Cáries radiculares na terceira idade**: contribuição ao estudo [Dissertação de Especialização]. São Paulo: Associação Brasileira de Odontologia, 2008.

PEREIRA, L. M. et al. Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de odontologia da ULBRA (Canoas/RS). **Stomatós**, Canoas, v. 16, n. 31, jun./dez., 2010. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S1519-44422010000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2012.

POLÍTICA Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. [20--?]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual2.pdf>>. Acesso em: 14/10/2012.

POSSOBON, R. F. et al . O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.12, n.3, set./dez., 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000300018>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

RATH, I. B. S. et al. Atendimento odontológico para crianças portadoras de deficiência visual. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 37, n. 2, p.183-8, 2001.

RATH, I. B. S. et al. Atendimento odontológico de crianças com deficiência auditiva. **Arq Odontol**, v. 38, n. 1, p. 27-33, 2002.

REDDIHOUGH, D. S.; COLLINS, K. J. The epidemiology and causes of cerebral palsy. **Australian Journal of Physiotherapy**, v.49, p. 7-12, 2003.

REDONDO, M. C. F.; CARVALHO, J. M. **Deficiência auditiva**. Brasília: MEC, Secretaria de Educação a Distância, 2000.

ROMANELLI, M. C. M. O. V. **Levantamento epidemiológico das doenças cárie e periodontal em alunos com necessidades especiais das APAE na Região Metropolitana de Curitiba – Paraná**. Dissertação (Mestrado). Ponta Grossa, 2006.

ROSA, L. B. et al. Odontogeriatrics: a saúde bucal na terceira idade. **Revista da Faculdade de Odontologia – RFO UPF**, Passo Fundo, v. 13, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/download/599/392>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

SABBAGH-HADDAD, A. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Santos, 2007. 723p.

SASSAKI, R. K. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. **Revista Nacional de Reabilitação**, São Paulo, ano 5, n. 24, p. 6-9, jan./fev. 2002.

SILMAN, S; SILVERMAN, C. **A auditory diagnosis: principles and applications**. London: Singular, 1998. p. 48-62.

SILVA, L. C. P.; CRUZ, R. A. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais: protocolos de atendimento clínico**. 1. ed. São Paulo: Santos, 2009. 190p.

SILVA, L. C. P; LOBÃO, D. S. Manejo de pacientes com necessidades especiais nos cuidados de saúde. In: MASSARA, M. L. A; RÉDUA, P. C. **Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria**. São Paulo: Santos, 2010. p. 263-272.

SILVÉRIO, F. et al. Ilumine um sorriso: materiais lúdico-pedagógicos para portadores de deficiência visual. **Revista da EAP/ APCD**, São José dos Campos/SP, v. 3, n. 1, 2001.

SLUTZKY, L. C. **Fisioterapia respiratória nas enfermidades neurológicas**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997, 341p.

SPINELLI, C. et al. Atendimento odontológico em pacientes com doença de Alzheimer. **Jornal Brasileiro de Odontogeriatrics**, Curitiba, v.1, n.2/3, p.44-49, 2005.

TOLIPAN, S. **Autismo: orientação para os pais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 38p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_14.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2012.

TREJO, R. C. M.; MOLARES, P. L. Propuestas didácticas en el manejo odontológico de pacientes pediátricos con discapacidad visual. **Revista ADM**, v. 63, n. 5, p. 195-199, sep./oct., 2006. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2006/od065h.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

TRISOMIE 21 Genom-Schema. [2005]. Disponível em: <<http://www.territorioscuola.com/wikipedia/pt.wikipedia>>.

php?title=Ficheiro:Trisomie_21_Genom-Schema.gif>. Acesso em: 30 abr. 2013.

TEIXEIRA, L. **Deficiência física**. [20--?]a. Disponível em: <<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/05/deficiencia-fisica-aspectos-gerais.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2012.

TEIXEIRA, L. **Deficiência física**: definição, classificação, causas e características. [20--?]b. Disponível em: <<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/05/definicao-e-classificacao-da-deficiencia-fisica.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2012.

UPE. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO. Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Acervo do Curso de Especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. **Acervo de Fotografias**. [20--?].

VOLKMAR, F. R. et al. Autistic disorder. In: VOLKMAR, F. R. **Psychoses and pervasive developmental disorders in childhood and adolescence**. Washington: American Psychiatric Press, 1996. p. 119-90.

WEIJERMAN, M. E.; WINTER, J. P. de. The care of children with Down syndrome. **European Journal of Pediatrics**, v. 169, p. 1445–1452, 2010.

ZANINI, G.; CEMIN, N. F.; PERALLES, S. N. Paralisia cerebral: causas e prevalências. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 22, n. 3, p.375-381, jun./set., 2009. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=2814&dd99=pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

CUIDADO LONGITUDINAL COM AS FAMÍLIAS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

*Eduardo Henriques de Melo
Luiz Gutenberg Toledo de Miranda Coelho Júnior*

Para a saúde bucal, o trabalho em equipe representa, ao mesmo tempo, um grande avanço e um desafio diário. Desafios, como a integração dos diversos profissionais que fazem parte das equipes de saúde, a troca de saberes, as novas relações com os usuários, as medidas de caráter coletivo, como atividades de educação em saúde, e modificações da forma de gestão dos serviços que, quando vencidos, resultarão em uma nova forma de se produzir atenção à saúde bucal.



PARA REFLETIR

Os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica devem trabalhar em conjunto e algumas das suas atribuições são comuns a todos os profissionais, tais como:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Garantir a atenção à saúde, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- Praticar cuidado familiar e dirigido às coletividades e aos grupos sociais, propondo intervenções que influenciem os processos de saúde e de doença dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

Para saber mais, leia a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, disponível no link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde, na tentativa de reorganizar a atenção básica em saúde, assumiu o compromisso de desenvolver instrumentos e formas de trabalho pautadas na promoção de saúde, buscando mudar o foco do atendimento centrado na doença. Assim, é possível dar respostas adequadas às necessidades ou situações de agravo, definindo prioridades e organizando a demanda de usuários que chegam à procura de atendimento. Precisamos lembrar que a demanda a ser atendida deve ser resultado, principalmente, de uma busca ativa na comunidade, identificando o indivíduo sadio e o doente, mas, sobretudo, sua família. A identificação da família vai legitimar as ações de saúde a serem planejadas para o indivíduo e para a comunidade.



ATENÇÃO

Ao conhecermos a família em seus aspectos sociais, emocionais e de saúde, podemos identificar não somente as dificuldades por ela vividas, mas também as potencialidades que permitirão resolver a maioria dos problemas encontrados.

A visita domiciliar é uma prática que facilita a aproximação com a família e grupos sociais. Durante a visita domiciliar, podemos fazer o acolhimento, a entrevista e a observação dos domicílios e das pessoas que estão no território de abrangência das Equipes de Saúde da Família.

O QUE É FAMÍLIA?

No nosso cotidiano, vemos que esse grupo de pessoas está aberto e muda o tempo todo. É o que chamamos de sistema social semiaberto, composto por indivíduos ligados por compromisso, em geral afetivo, que interagem entre si no desenvolvimento de condutas estabelecidas pela cultura e pela sociedade.



PARA REFLETIR

“Família é tudo igual, só muda o endereço”. Costumeiramente ouvimos e repetimos esse dito popular. Isso se baseia no conhecimento de que as famílias podem ter papéis e funções parecidas, considerando que seu principal valor reside nos relacionamentos, sendo as emoções (positivas e negativas, construtivas e destrutivas), talvez, o principal sentimento que permeia a composição familiar.

Atualmente, podem ser enumeradas muitas variedades de famílias, como por exemplo: a matriarcal (em que a mulher ocupa o principal papel de mantenedora da família), a patriarcal (é o modelo mais tradicional, no qual o homem é quem ocupa o papel de destaque), monoparental (quando tem um ascendente, seja a mãe ou o pai, que pode ser por falecimento do outro, por separação/divórcio ou por ser pai ou mãe solteiro), homoafetiva (quando os dois ascendentes são do mesmo sexo, sejam homens ou mulheres), família clássica ou nuclear (composta pelo pai e pela mãe, além dos filhos, naturais ou adotivos, residentes na mesma casa – é o conceito de família tradicional). Também são considerados família os recém-casados ou o casal que não tem filhos.

As representações, o estilo, o apego, os papéis do grupo e, também, o afeto são as causas que têm modificado a típica família nuclear para um grupo em que, em grande parte dos domicílios, apenas um dos pais, em especial mulheres sem o marido, chefia a família. Ou ainda, em que um dos avós, por meio de sua aposentadoria, contribui fortemente para a manutenção econômica do grupo.

A FAMÍLIA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

No caso da pessoa com deficiência, sua família apresenta algumas peculiaridades. Sabe-se que a deficiência, muitas vezes, surge como uma surpresa e uma dificuldade inesperada na vida de uma família. Pode atingir qualquer um dos seus membros, sendo, geralmente, um fator de estresse ou sofrimento para quase todos os membros.

Os problemas começam com o acesso das crianças com deficiência às creches e escolas onde, com frequência, não existem condições técnicas para recebê-las. Isso faz com que, muitas vezes, um dos membros da família renuncie ao seu emprego para assistir ao filho com deficiência nos primeiros anos de vida ou mesmo durante toda a sua vida.

Quando não têm possibilidade de frequentar uma escola e possuir uma educação e uma formação de qualidade, os cidadãos com deficiência podem ter dificuldade para se inserir no mercado formal de trabalho em condições de igualdade, o que limita as suas possibilidades de integração social, de realização profissional e, até mesmo, de constituir sua própria família.

LAÇOS FAMILIARES

Viver em função de um familiar com deficiência não significa aceitação da deficiência nem mesmo solidariedade familiar. Em geral, a pessoa com deficiência adquire um status diferenciado, excepcional, um depositário da doença familiar em que todos os problemas da família são oriundos da presença da pessoa nesse grupo.

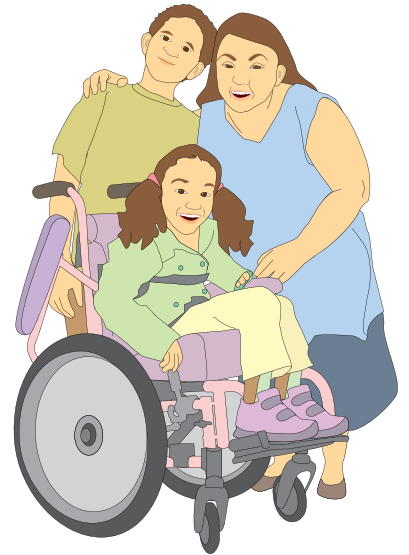
Atribuir à pessoa com deficiência a causa de todos os problemas ou situações críticas que o membro ou a família vivencia apesar de comum, é injusto, pois inúmeras pessoas sem qualquer deficiência podem se desestabilizar e afetar suas famílias.

É importante informar às famílias das pessoas com deficiência que o fato de elas ficarem deprimidas por um de seus membros ter nascido ou adquirido uma deficiência não significa que eles não amam, não aceitam ou não se importam com a pessoa com deficiência. Com o tempo, a maioria das famílias consegue, de uma forma ou de outra, aceitar realisticamente a situação, adaptando-se e buscando alternativas para sua reestruturação interna (GLAT; PLETSCHE, 2004).

Nesse aspecto, o papel do profissional de saúde é fundamental. Devem preparar as famílias para lidar com suas próprias emoções, revendo expectativas, valores e crenças a respeito da deficiência. Assim, o apoio dado à família minimiza as ansiedades frente à pessoa com deficiência e promove a busca por novas alternativas sobre as individualidades dessa pessoa, possibilitando o enfrentamento de situações problemáticas a serem vivenciadas no cotidiano (GLAT; PLETSCHE, 2004).

Dessa forma, o objetivo primordial da orientação profissional é por um lado ajudar as famílias a encontrar o equilíbrio entre a aceitação das limitações e dificuldades que a pessoa com deficiência terá, e, por outro, a crença em suas possibilidades de amadurecimento, aprendizagem e inclusão social (GLAT; PLETSCHE, 2004).

A superproteção e o cuidado excessivo com a pessoa com deficiência são muito comuns. Os familiares e cuidadores acabam agindo inconscientemente, de forma que impedem a maturação da pessoa, na tentativa de preservá-la (e, ao mesmo tempo, se preservarem) de possíveis “derrotas” diante de dificuldades. As pessoas com deficiência, de fato, muitas vezes necessitam de suporte (maior ou menor, dependendo do caso) para suas atividades cotidianas rotineiras. Porém, quando a família age de maneira superprotetora, dificulta a autonomia e a independência que a pessoa com deficiência deveria conquistar como condição para o desenvolvimento de suas capacidades, tornando ainda maior o desafio de incluir essas pessoas na sociedade (GLAT; PLETSCHE, 2004).



4.1 CUIDADOS EM SAÚDE

Como já vimos anteriormente, no Brasil existem leis que regem o cuidado e a atenção em saúde, uma vez que saúde é direito das pessoas, estabelecido na Constituição Federal. Essa conquista é fruto da luta pelo direito à saúde, que vem de longas datas. Para o povo brasileiro, a reivindicação desse direito originou-se a partir das propostas do Movimento da Reforma Sanitária, até que, em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que se baseia na Atenção Primária à Saúde (APS), e se constitui em uma forte estrutura legal e política do cuidado em saúde para o povo brasileiro.

Para Santos (2011), o cuidado deve ultrapassar as ações da área da saúde. Nesse sentido, o Estado Brasileiro estabeleceu o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Trata-se de uma política pública muito importante de combate às desigualdades para as pessoas pobres com deficiência. O BPC é um benefício da assistência social garantido na Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei N° 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS) e que somente foi implantado de forma efetiva, em 2 de janeiro de 1996. O BPC é uma transferência incondicional de renda, totalizando um salário mínimo, destinado às pessoas pobres com deficiência e também às idosas acima de 65 anos (BRASIL, 1999). Em dezembro de 2007, o benefício assistencial atendia mais de 2,5 milhões de pessoas, sendo que, desse total, mais de 1,4 milhões eram pessoas com deficiência e quase 1,2 milhões era de idosos acima de 65 anos.



VOCÊ SABIA

Para requerer o BPC, a pessoa deve procurar um dos postos do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), preencher o formulário de solicitação do benefício e de declaração de renda dos membros da família, que não pode ultrapassar 1/4 de renda familiar por integrante da família, comprovar residência e apresentar documentos próprios e da família para avaliar os critérios de renda. A pessoa deficiente será, então, encaminhada para uma avaliação médico-pericial, na qual os peritos do INSS verificarão a aptidão ou não da pessoa para o trabalho, níveis de dificuldades visuais, auditivas, de locomoção e fala. A pessoa beneficiada fará uma revisão do benefício a cada dois anos, e, nessa revisão, a situação social e os níveis de vulnerabilidade serão também avaliados por meio da avaliação social e visita domiciliar.

QUANTO ÀS AÇÕES DE SAÚDE, TODAS AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA SÃO IGUAIS?

Se considerarmos o princípio do SUS da equidade (tratar os diferentes de forma diferente), veremos que, na prestação de serviços de saúde à pessoa com deficiência, devemos ter mais atenção com alguns grupos específicos, como pessoas com deficiência intelectual. Por serem mais vulneráveis a ações violentas e, muitas vezes, não possuírem capacidade de decidir sobre seu próprio cuidado, precisam de cuidado e proteção mais intensos.

Esse grupo vulnerável é alvo principal e sofre continuamente violência institucional de diversas maneiras, as quais, muitas vezes, são ignoradas e passam despercebidas pelos profissionais da saúde. Então, fique atento(a)!

O QUE É VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL?

A violência institucional é aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos, como hospitais, unidades de saúde, escolas ou delegacias. É realizada por agentes públicos que deveriam proteger as pessoas.



SAIBA MAIS

Você quer saber mais sobre violência institucional? Sugerimos a leitura dos Relatórios da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos, disponível no link: <<http://www.social.org.br/relatorio2004/relatorio019.htm>> (MURY, 2004).

Essa problemática da violência institucional, perpetrada nos serviços de atenção à saúde, é pouco discutida e bastante mascarada, por ser assunto de difícil abordagem e, às vezes, não percebida pela maioria dos profissionais e, até mesmo, pelos usuários. Os atores envolvidos nesse contexto são vários. Na verdade, a violência institucional pode ser praticada por qualquer membro da instituição. As situações são variadas, desde as contenções físicas desnecessárias, erros de prescrição, erros na administração de medicamentos, solicitação de exames indevidos, jejuns prolongados, procedimentos cirúrgicos não agendados previamente, má vontade durante o atendimento, indiferença ou má vontade para com o acompanhante do paciente, agressões verbais, desinformação, entre tantos outros.

Cabe a nós, que estamos sendo capacitados e sensibilizados para a atenção e para o cuidado da pessoa com deficiência, usar do respeito, da dignidade e do cuidado e da proteção para não expor esses usuários dos serviços a riscos, erros, eventos adversos, prescrições exageradas e/ou acidentes durante a atenção à saúde destes.



ATENÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), o Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e os outros profissionais técnicos não devem desempenhar ações meramente de informantes. Eles devem ser agentes ativos nesse processo de cuidar e de proteger as pessoas com deficiência.

4.2 VISITA DOMICILIAR: O QUE É E O QUE FAZER?

Entende-se por visita domiciliar o tipo de atendimento realizado por uma equipe de saúde em um domicílio, cujo objetivo é avaliar as demandas do usuário e de seus familiares bem como o ambiente em que vivem. A partir desse reconhecimento, é estabelecido um plano assistencial voltado às necessidades ali encontradas, sejam de recuperação da saúde, de autocuidado, de promoção da saúde ou de limitação do dano.

A visita domiciliar é um dos mais importantes eventos da prática da Saúde da Família, havendo duas formas de visita: a primeira é denominada visita domiciliar fim, com objetivos específicos de atuação, como a atenção domiciliar terapêutica e visita a pacientes acamados; a segunda é a visita domiciliar meio, na qual se realiza a busca ativa em demanda reprimida (pacientes que não possuem acesso à Unidade de Saúde da Família), promoção e prevenção da saúde por meio da educação em saúde individualizada.

Para que essa visita, de fato, funcione, outro conceito que deve ser explorado é o de equipe. Falar em equipe implica obrigatoriamente em falar de processos de trabalho profissionais. Peduzzi (2001) classifica em dois os tipos de equipe de acordo com o tipo do processo de trabalho:

- **Equipe agrupamento:** é aquela na qual existe justaposição espontânea das ações entre os profissionais; cada setor compete com o outro, quer ter mais vínculo com a comunidade e dela ter mais visibilidade. As ações costumam não ser coletivas, normalmente são raras e individualizadas;

- **Equipe integração:** é aquela, na qual existe articulação seletiva das ações, existe um plano em comum, prioridades devem ser eleitas, metas devem ser alcançadas, e todos devem trabalhar para que os projetos propostos, de fato, aconteçam.

Não existe trabalho efetivo em equipe sem um plano comum, também chamado de projeto assistencial, previamente definido pelos membros da equipe em livre e franca discussão sobre os problemas e objetivos da ação coletiva. A forma de trabalho da equipe integração não acontece tão rapidamente, mas ela é construída gradualmente, por meio da multiplicação das possibilidades de comunicação entre os membros da equipe, sem força, sem autoritarismo ou submissão hierárquica. Com as reuniões de planejamento, busca-se estabelecer consensos acerca das finalidades e dos modos de se executar o trabalho para a comunidade.

O QUE SE FAZ EM UMA VISITA DOMICILIAR?

Para Barros et al (2006), durante as visitas domiciliares, normalmente são realizados os seguintes procedimentos pelas equipes de saúde bucal:

- reconhecimento das condições de vida do indivíduo e sua família;
- anamnese, exame clínico, rastreamento de lesões orais;
- exodontias de unidades dentárias acometidas por doença periodontal e por extensas lesões de cárie que não sejam possíveis tratar e, também, de restos radiculares;
- educação em saúde, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor.

Como vantagens dessa abordagem, os mesmos autores sugerem:

- presença de toda a equipe de saúde bucal no domicílio, realizando educação em saúde para o paciente e sua família;
- inspeção das condições peculiares de habitação, higiene e hábitos de vida;
- maior envolvimento do paciente e de sua família com o planejamento e a execução dos cuidados necessários à promoção de saúde bucal;
- divisão maior de responsabilidades para a busca da saúde e/ou manutenção desta;
- relacionamento da família com a equipe de saúde bucal de forma confiante e íntima, por ser o ambiente sigiloso e menos formal;

- maior liberdade do paciente e da família para expor problemas;
- maior tempo disponível para atendimento, já que, na visita domiciliar, a quantidade de residências a serem visitadas por turno é pouco expressiva.

Portanto, a visita domiciliar engloba muito mais que o simples tratamento; ela se apresenta como um método que amplia a dimensão da assistência à saúde, fazendo a doença deixar de ser o centro do cuidado e trazendo para o centro do atendimento a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde na perspectiva de uma família com participação ativa de seus membros nesse processo.

PREPARANDO A AGENDA DE VISITAS

Os ACS são os membros da equipe de saúde que atuam em maior proximidade com a comunidade e, portanto, desempenham um papel de destaque, como multiplicadores de conhecimentos e informações, mediando o saber popular e o saber dos profissionais de saúde. Considerando a sua ligação com a comunidade onde atua, o ACS imprime as peculiaridades dessas áreas. Inicialmente, é a visita domiciliar, realizada pelo ACS, que possibilita a descoberta das chamadas causas distais por meio do preenchimento da Ficha A (ausência de saneamento, educação, moradia, trabalho, nutrição, lazer, se os usuários procuram a unidade de saúde da família ou um hospital para resolver seus problemas, etc.).

Os fatores anteriormente mencionados atuam no processo saúde-doença e influenciam diretamente na presença ou na ausência de saúde bucal nos indivíduos. Além de permitir a visualização de fatores sociais e familiares no contexto vivido pelos usuários, a visita realizada pelo ACS pode fazer com que os familiares solicitem a atenção da equipe de saúde bucal ou, ainda, que o próprio ACS perceba como necessária a intervenção dessa equipe em determinada situação.



VOCÊ SABIA

A profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi criada pela Lei Nº 10.507, de 10 de julho de 2002.

O ACS tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. Para exercer a função, é necessário que o indivíduo tenha ensino fundamental completo (BRASIL, 2006).

Apesar de a lei garantir que o ACS participe de curso introdutório de formação, muitos nunca receberam orientações relativas aos cuidados em saúde bucal.

O QUE DEVE SER LEVADO PARA A VISITA DOMICILIAR?

A família, o domicílio e a necessidade do paciente são os eixos orientadores daquilo que deve ser utilizado durante a visita domiciliar. O ASB deve sempre se lembrar de que a Unidade de Saúde da Família (USF) é ponto de referência, razão por que não deve deixar a unidade de saúde esvaziada dos seus pertences. Além de ser exaustivo, é desnecessário, já que a visita domiciliar é algo individualizado e preparado com antecedência.

O ASB deve planejar a visita com toda a ESB. Assim, fica mais fácil separar instrumentais e materiais que sejam necessários para a visita daquele dia. Sempre é aconselhável que o ASB tenha em mãos jogos esterilizados de exame clínico quando estiver na comunidade acompanhado pelo cirurgião-dentista. Além disso, mesmo que a visita seja apenas para conhecimento e levantamento das necessidades, tenha sempre disponível instrumental para Tratamento Restaurador Atraumático (*Atraumatic Restorative Treatment - ART*), igualmente esterilizado, e ionômero de vidro.

Também é importante que materiais para educação em saúde bucal sejam levados, como macromodelos, escovas e fio dental para demonstração de procedimento de higiene bucal.



PARA REFLETIR

ASB bem preparado é aquele que antecipa o que vai ser executado pela equipe. Um exemplo do que levar pode ser conferido na ilustração abaixo. Se algumas medicações não estiverem presentes na maleta de visitas e, durante a visita, forem necessárias, procure providenciar para que não haja o adiamento da visita.

Figura 1 - Material odontológico utilizado em visita domiciliar



Fonte: (UFPE, 2013).

PLANEJANDO A VISITA DOMICILIAR

Antes da realização da visita, é importante:

- definir, de forma clara e precisa, os objetivos da visita (será uma visita tipo meio ou tipo fim?);
- conferir se o paciente a ser visitado ainda está cadastrado naquela unidade de saúde. É importante não se esquecer de que, em comunidades carentes, as famílias mudam com muita frequência e em períodos curtos. Anotar e conferir o endereço é algo fundamental;
- saber se o paciente possui prontuário; ler o prontuário e saber mais sobre o que irá encontrar naquele domicílio. É importante verificar a Ficha A da família;
- o solicitante da visita (normalmente o ACS) deve ser questionado sobre o motivo da visita (se é de urgência ou se pode ser agendada), a idade do paciente, o estado geral, além de sinais e sintomas apresentados;

- saber se o paciente naquele dia e horário estará em casa, já que, em casos de pacientes com deficiência, idas a serviços especializados, como fisioterapia e fonoaudiologia, são comuns;
- checar a maleta e providenciar o que será necessário (materiais odontológicos, instrumentais, etc.);
- saber do cirurgião-dentista se outros esforços devem ser mobilizados (por exemplo: unidade portátil, unidade móvel, ou, ainda, automóvel para remoção do paciente).

IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES/CASOS-PROBLEMA

Uma situação ou um caso problema não é motivo para desespero ou alarde. Afinal, o que é um problema? Algo que deve ser resolvido, e que, portanto, precisa de uma solução. Caso isso aconteça durante a visita domiciliar, poderá ser necessário o encaminhamento do paciente, entretanto, com o mínimo de tempo entre a identificação do caso e a solução do problema. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são parceiros de muita valia nos casos em que a ESB não tenha recursos ou material disponível para resolver a situação em questão.



ATENÇÃO

Em casos de pacientes acamados, usuários com dificuldade de locomoção ou de acesso, usuários que habitam em áreas de risco social, geográfico e físico, ou pacientes que fazem uso de medicação continuada (aqueles que fazem parte de programas como o HIPERDIA, por exemplo): a abordagem ao paciente deve ser condizente com a sua deficiência e com o seu estado de saúde.

QUAIS SÃO AS PRIORIDADES?

Podemos destacar como situações que requerem uma intervenção rápida por parte da ESB: casos de dor, inchaço (edema), perda de peso devido à dificuldade em mastigar ou engolir os alimentos, sangramentos gengivais, pacientes sem condições de realizar o autocuidado ou a higiene bucal, além daqueles pacientes que acabaram de sair de um período longo de internação hospitalar.

CUIDADOS COM PACIENTES ACAMADOS

Os pacientes que se encontram acamados, seja por uma fase curta ou por tempo indeterminado, necessitam de cuidados especiais, dirigidos não apenas para os problemas da doença base que o acamou ou tornou o dano da doença irreparável (sequelas), mas também por questões psicológicas, sociais, ambientais e, principalmente, familiares que se tornam intimamente ligadas à doença física.

Nesses casos, a visita multidisciplinar (com profissionais de várias áreas e níveis de formação) é muito importante, justamente pela pluralidade de cuidados de que o paciente necessita. Desse modo, agentes comunitários de saúde, auxiliares de saúde bucal, auxiliares de enfermagem, médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, dentre outros, podem ajudar no cuidado do paciente.

A sensação de conforto do paciente deve ser considerada, pois nada é melhor que estar em casa, junto com os familiares para sentir-se querido e motivado a melhorar. O sentir-se bem é algo variável para cada um, entretanto uma cavidade bucal higienizada, normalmente, propicia uma sensação de bem-estar. Além do odor desagradável associado à falta de higiene na boca, é importantíssimo que fiquemos atentos aos outros riscos que a falta de higiene bucal traz a esses pacientes.



ATENÇÃO

Em pacientes muito doentes, as bactérias presentes na boca podem mudar não só em quantidade, mas também em espécies, que podem formar colônias de bactérias bastante agressivas. Esse poder de agressividade é denominado virulência, e, se a virulência dos microrganismos é maior, conseqüentemente o risco de infecção também é maior.

De modo prático, essas bactérias virulentas podem colonizar e trazer infecções para outras regiões do corpo, como o trato respiratório (garganta, brônquios, pulmões). A pneumonia é uma infecção bastante grave quando ocorre em pacientes acamados. Boas técnicas de higiene bucal são capazes de impedir o avanço dessas infecções para outras regiões do corpo, como o pulmão.

Por isso, reforçamos a importância de medidas preventivas, uma vez que custam mais barato do que uma internação ou uma complicação, como a pneumonia. O objetivo da promoção de medidas de autocuidado em Odontologia é prevenir o desenvolvimento de doenças ou reverter aquelas que estiverem em seus estágios iniciais, sejam elas cáries, doenças periodontais ativas, ou mesmo, um câncer bucal.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. J. G.; VINAGRE, N. P. de L.; SAMPAIO, J. M. S. Avaliação sobre a participação de cirurgiões-dentistas em equipes de assistência ao paciente. **Acta Scientiarum**. Health Sciences Maringá, v. 31, n. 2, p. 153-157, 2009.

BARROS, G. B. et al. Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. **Rev Saúde.com**, Jequié, v. 2, n. 2, p. 135-142, 2006. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v2/v2n2a5.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

BRASIL. Decreto Nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei Nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 dez. 1999. Seção 1, p. 10. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3298-20-dezembro-1999-367725-norma-pe.html>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

BRASIL. Lei Nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional Nº 51, de 14 de fevereiro de 2006 e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 6 out. 2006. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/Lei%2011.350-2006?OpenDocument>. Acesso em: 17 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 17 jun. 2013.

GLAT, R; PLETSCH, M. D. Orientação familiar como estratégia facilitadora do desenvolvimento e inclusão de pessoas com necessidades especiais. **Rev. Educação Especial**, Santa Maira, n. 24, 2004. Disponível em <<http://coralx.ufsm.br/revce/ceesp/2004/02/a3.htm>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MOURA, M. S. de et al. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, jun. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700061&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2012.

MURY, L. **Violência institucional**: casos de violação de direitos humanos na área da saúde materna e neonatal no Estado do Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: <<http://www.social.org.br/relatorio2004/relatorio019.htm>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

SANTOS, W. R. dos. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas?. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, suppl.1, p.787-796, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2013.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.1, p.103-109, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

CAPÍTULO
05

DIRETRIZES CLÍNICAS E PROTOCOLOS PARA A ATENÇÃO E O CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

*Adelaide Caldas Cabral
Arnaldo de França Caldas Jr
Cintia Regina Tornisiello Katz
Evelyne Pessoa Soriano
Márcia Maria Vendiciano Barbosa Vasconcelos
Luiz Alcino Monteiro Gueiros
Renata Cimões Jovino Silveira
Roseane Serafim Costa*

5.1 PREPARO DO AMBIENTE DE TRABALHO

O preparo do ambiente de trabalho em Odontologia é de fundamental importância para impressionar o paciente e seus responsáveis, desde que seja de forma organizada, limpa, harmônica e agradável.

A visita ao dentista, muitas vezes, é aguardada pelos pacientes com ansiedade em graus variados, provocada pelo estranhamento do lugar, por ideias pré-concebidas ou experiências ruins anteriores, pela imaginação devido ao desconhecido e pela expectativa de dor. Ou seja, antes de chegar ao consultório, o paciente já ostenta uma imagem pré-formada do ambiente que o espera, o que contribui para elevar seus medos, suas ansiedades, suas dores e seus desconfortos psíquicos. Por outro lado, o paciente pode ter vivenciado boas experiências nos atendimentos anteriores e, conseqüentemente, acredita que o novo atendimento será igualmente satisfatório.

Alguns cuidados simples podem influenciar os pacientes positivamente, tornando-os mais colaborativos durante a consulta, como:

- reduzir o tempo de espera o máximo possível;
- abafar ruídos incomuns, como o da alta rotação e do sugador de saliva;
- evitar odores fortes (de alguns medicamentos, por exemplo) vindos do consultório.



Se não formos cuidadosos, estes são estímulos suficientes para que os pacientes fiquem em estado de alerta, criando fantasias a respeito do que poderá acontecer. Além disso, a maioria dos pacientes com deficiência tem grande senso de observação; assim, a desordem e a aparência de sujeira, por exemplo, podem causar neles uma reação negativa. Por isso, o ambiente odontológico deve ser calmo, relaxante e informal.

É função do auxiliar de saúde bucal verificar a limpeza e a ordem de todo e qualquer equipamento e instrumental do local de trabalho, para evitar atrasos e embaraços durante os procedimentos. Essa verificação deve ser constante e metódica. Existem também algumas medidas a serem tomadas na estrutura física do ambiente de trabalho que se tornam imprescindíveis para um seguro e completo atendimento dos pacientes com deficiência, desde o momento da sua chegada.



1. Quando for receber pacientes que usam cadeira de rodas, é importante a remoção de obstáculos, como tapetes, enfeites, cadeiras ou outros objetos dos locais de passagem. A sala de atendimento deverá estar preparada para receber o paciente, de tal forma que o atendimento seja feito na própria cadeira de rodas ou que esta fique próxima à cadeira odontológica para posterior transferência do paciente.

2. Alguns pacientes com deficiência apresentam hiperatividade e/ou resistência ao cuidado. Para esse grupo, é necessário o preparo da sala de espera e da sala de atendimento no sentido de não deixar objetos que possam ser derrubados, quebrados ou que possam ferir. Em alguns casos, pode ser necessário manter guardados os instrumentais imprescindíveis ao atendimento (como seringa carpule, fórceps, etc.) até que o paciente esteja posicionado e estabilizado na cadeira odontológica.

3. O medo natural de luzes brilhantes, barulhos altos, movimentos bruscos e ambientes estranhos gera ansiedade em alguns pacientes, principalmente nas crianças, razão pela qual devem ser evitados. É importante evitar que a luz do refletor incida sobre os olhos dos pacientes que tenham convulsões, pois a luz forte e, até mesmo, a luz fluorescente (do ambiente), que pisca com frequência, pode desencadear crises convulsivas.

4. Evite manusear os materiais odontológicos de maneira bruta, brusca ou indevida, pois poderá assustar o paciente, alterando seu comportamento e a confiança durante a consulta.



ATENÇÃO

Independente da deficiência do paciente, antes de iniciar o atendimento, devemos fazer a checagem de todo o material e dos equipamentos necessários. É importante posicionar o plano de tratamento e as radiografias do paciente estrategicamente para consultas durante o atendimento.

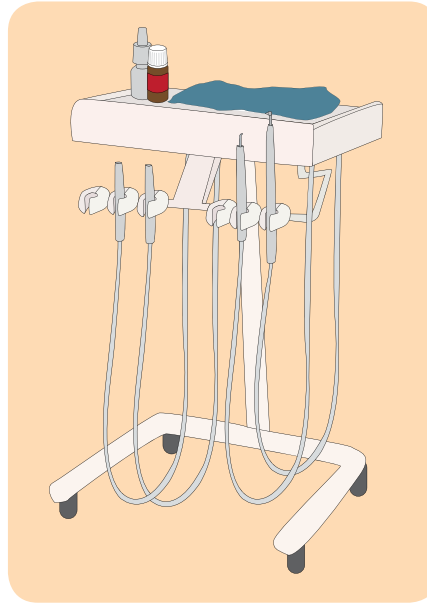
Depois que o atendimento odontológico se iniciar, realizar paradas para a busca ou seleção de instrumentais ou materiais faz com que aumente desnecessariamente o tempo da consulta e, conseqüentemente, gere estresse no paciente. Assim, devemos deixar preparado todo o instrumental e material necessário para o atendimento. Isso engloba:

- **kit de exame clínico:** espelho, sonda exploradora de ponta romba, pinça para algodão, roletes de algodão e gaze;
- **kit para realizar anestesia:** carpule montada com o anestésico e o tipo de agulha adequado para o paciente, anestésico tópico, bolas de algodão ou cotonetes para a sua aplicação;
- **kit para realizar restaurações:** abridores de boca, curetas, espátulas de inserção de material e escultura, calcadores rolemback, aplicador de hidróxido de cálcio, brunidores (se necessário), espátulas para manipulação de material e placa de vidro, potes dappen, vaselina e os materiais restauradores (ionômero, resinas, com ácido e adesivo, amálgama ou materiais provisórios);
- no caso da realização de **endodontias**, deve ser organizado todo o material endodôntico, inclusive os materiais de irrigação e secagem dos canais bem como o instrumental e material necessário ao isolamento absoluto do campo operatório. É importante deixar disponíveis bolinhas de algodão estéreis;
- no caso de **procedimentos cirúrgicos**, é importante deixar preparado todo o instrumental e material descartável, material de assepsia intra e extrabucal, não se esquecendo de colocar uma quantidade suficiente de gaze estéril, sugadores cirúrgicos, fios de sutura, lâminas de bisturi, soro fisiológico com cuba e seringa com agulha de ponta romba para irrigação.

O preparo prévio, a ordem e o cuidado com os instrumentais e equipamentos trazem algumas vantagens, como:

- transmitem a impressão ao paciente e aos seus familiares de que existe organização no ambiente de atendimento;
- propiciam maior rendimento profissional e aumentam a produtividade, o que representa ganho de tempo e satisfação profissional.

Porém, voltamos a ressaltar que é importante os materiais e instrumentais não serem mantidos à vista do paciente a fim de evitar medo e ansiedade. Mantenha-os discretamente afastados, o que não significa que devam ficar escondidos ou que o paciente deve ser mantido desinformado sobre o que irá acontecer. Uma boa prática é colocar os instrumentais por trás da cabeça do paciente e cobertos com panos de campo estéreis ou com compressas de gaze.



ATENÇÃO

Devemos ser previsíveis durante as consultas, ou seja, é importante pensar no que pode acontecer durante os procedimentos e nos antecipar quanto aos materiais que serão necessários. Por exemplo, se o dentista for trabalhar em uma cavidade de cárie profunda de um dente decíduo, existe o risco de exposição da polpa dentária e, com isso, a necessidade de realizar uma pulpotomia. Dessa forma, é uma conduta inteligente deixar à mão o material necessário para realizar a pulpotomia. Discuta com o cirurgião-dentista e/ou TSB sobre o procedimento antes da sua realização para que você possa melhor determinar quais materiais e instrumentais deverá selecionar.

5.2 ACOLHIMENTO DO PACIENTE

Como você deve ter visto no primeiro volume, as condutas voltadas para a humanização do atendimento, praticadas pelos profissionais de saúde, têm propiciado a visão do paciente como um ser biopsicossocial, fundamentadas no conceito de integralidade do ser humano. Essas condutas percebem o ser humano em sua individualidade, sempre procurando respeitar a dignidade do paciente e oferecendo um acolhimento global, sem estar apenas limitado à enfermidade que justificou a sua procura por atendimento.

Assim, o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, o HumanizaSUS, pois engloba as dimensões ética, compromisso com a importância do outro; estética, dignificação da vida e do viver; política e de compromisso coletivo com as potencialidades de todos (BRASIL, 2006).

O acolhimento na atenção à saúde engloba a boa recepção e o relacionamento com o usuário do serviço, a resolutividade no sentido de realmente buscar ouvir esse usuário a fim de reconhecer suas necessidades, a capacidade de tentar responder aos questionamentos do outro e também de se colocar no lugar do outro (ZAUHY; MARIOTI, 2002). Trata-se de um método, um processo de trabalho, criado para garantir ao usuário o direito ao acesso universal, sem exclusão social, com equidade, em que cada sujeito é entendido como único, dotado de cultura e voz, com necessidades diferenciadas. Esse método pretende direcionar o cuidado para o usuário e não para a sua doença; vem para mudar o foco da atenção centrada no médico para o foco de uma equipe multiprofissional (FERREIRA, 2009). Por isso, acolher exige dos profissionais: capacitação técnica, mudança na abordagem ao usuário e mais comprometimento com o processo saúde/doença da população. Esse comprometimento está diretamente ligado à responsabilização pelo paciente; a equipe de acolhimento de uma unidade é responsável por acompanhar todo o trânsito do paciente na unidade de saúde até a resolução de suas necessidades.



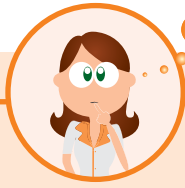
VOCÊ SABIA

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), são princípios do acolhimento:

- 1)** atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo-lhes a acessibilidade universal;
- 2)** reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;
- 3)** qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se reger por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Como uma prática centrada no usuário dos serviços de saúde, o acolhimento é de fundamental importância na atenção básica, pois não se limita apenas ao ato de receber, mas também compõe de uma sequência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho e da relação com o usuário, dentro e fora da unidade de saúde, imprimindo qualidade aos serviços prestados (MATUMOTO, 1998; MALTA et al., 2000).

Acolher é uma tarefa difícil, pois exige uma mudança de cultura e de valores, exige mais agilidade e qualidade no atendimento, boa vontade, generosidade e respeito e, principalmente, exige que o profissional se coloque no lugar do outro, com um grau a mais de responsabilização de todos da equipe em relação ao usuário (FERREIRA, 2009).



PARA REFLETIR

Muitos profissionais e usuários ainda não estão familiarizados com o conceito de acolhimento e frequentemente demonstram que o acolhimento ainda não faz parte do dia a dia, ou o confundem com a recepção, triagem ou o local onde existe a coleta de exames.

Abaixo são listados depoimentos de profissionais e usuários coletados em uma pesquisa sobre o acolhimento na atenção básica realizado em três capitais do Nordeste (SOUZA et al., 2008):

“O acolhimento que conheço, o que ela fala é a sala do peso, onde pesa, mede a pressão. Depois vai para o sistema do computador e a fila vai chamando.” (usuário)

“Eu estou doente (...) não arranjei consulta e marquei (...) pra outubro. Como é que eu posso passar a minha vida aleijada até outubro? (...) Um posto tem que ter um atendimento diário (...) pra olhar os que estão pior, os que estão melhores.” (usuário)

“Primeiro, quando o usuário chega, tem um alto-falante, antes de entrar na fila, já são avisados se o médico vem ou não vem e quantas fichas existem.” (profissional)

Na unidade básica de saúde, o acolhimento objetiva organizar o serviço, diminuir a fila de espera, eliminar ou neutralizar as tensões provocadas pela relação profissional-usuário e, como consequência, diminuir o desgaste pessoal e as queixas das pessoas dependentes dos serviços de saúde, dos trabalhadores e dos pacientes.

O profissional que integra a equipe de acolhimento deve estar atento ao grau de sofrimento do usuário que procura o atendimento, não apenas o sofrimento físico mas também o sofrimento psíquico (FERREIRA, 2009).



LEMBRE-SE:

O QUE É ACOLHIMENTO?

- É a atitude de ouvir o paciente, conversar, responder aos seus questionamentos, garantir a resolução do seu problema.
- Acontece não só na Atenção Básica mas também nos outros níveis de atenção à saúde.
- Acontece não apenas na porta de entrada da unidade básica de saúde, mas em todos os seus setores.
- Deve oferecer escuta e garantia do cuidado, independente de qual seja a queixa ou dificuldade do paciente.
- Deve ser realizado por todo e qualquer profissional do serviço.
- É a responsabilização pelo paciente em todo seu percurso na unidade de saúde até a resolução de suas necessidades.

O QUE NÃO É ACOLHIMENTO?

- Não é um local pré-determinado.
- Não é apenas distinguir casos de urgência e emergência dos demais.
- Não é seguir a quantidade de “fichas” disponíveis.
- Não é tarefa só da assistente social.
- Não é o encaminhamento do paciente.

Com relação ao sistema de comunicação eficiente que deve ser estabelecido entre a equipe de saúde e o paciente/usuário (comunicação esta que pode ser verbal ou não verbal), Chalifour (2008 apud COSTA, 2010) definiu dez modos de escuta, que se relacionam com o conceito atual de acolhimento. São eles:

- 1. acolhimento:** consiste em acolher as mensagens enviadas pelo outro com compreensão empática. Ocorre quando informamos à pessoa que fala estarmos nós interessados nela, mesmo que por meio do silêncio;
- 2. reciprocidade e partilha:** é a capacidade de se colocar no lugar do outro;
- 3. simpatia:** acolhida, partilha saudável de emoções, capacidade de se identificar com o outro e de se imaginar em experiências semelhantes;
- 4. informação/opinião/interpretação/diagnóstico:** permite compreender a situação, de modo que as intervenções sejam adequadas, e ajudar efetivamente o outro;
- 5. juízo de valores:** quem ajuda geralmente se coloca em uma situação de expectativa e censura. A apreciação é feita a partir de seus próprios valores morais e critérios;
- 6. conselho/sugestão/prescrição:** a intenção é transmitir informações úteis;
- 7. apoio e consolidação:** quem ajuda tende a minimizar o sofrimento do ajudado, consolar e encorajar;
- 8. exploração ou classificação:** quem ajuda interage com o ajudado para que ambos busquem a melhor solução para cada problema;
- 9. investigação:** nesse momento, o problema, pelo seu conteúdo, se faz muito importante. É necessário obter informações pertinentes para firmar um diagnóstico;
- 10. funções/aspectos funcionais:** deve-se informar o ajudado acerca da evolução do seu estado.



ATENÇÃO

O acolhimento representa uma ampliação da possibilidade de o usuário ter suas necessidades identificadas, atendidas ou mesmo negadas, mas não ignoradas. Muitas vezes, o usuário sente-se satisfeito com o serviço, embora não tenha tido sua demanda atendida, por ter sido respeitado, verdadeiramente ouvido e considerado. Pode também ocorrer o contrário: o usuário aparenta ter uma determinada demanda física, o serviço resolve a sua questão, mas a pessoa continua se sentindo insatisfeita por ter outras demandas, não explicitadas, que não foram percebidas pelo serviço, que podem ser relativas à atenção recebida, à falta de escuta ou ao pouco interesse demonstrado pelo profissional que o recebeu (TEIXEIRA, 2005; BRAGANÇA, 2006).

A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E O ACOLHIMENTO DO PACIENTE

Como já comentamos anteriormente, o usuário, principalmente a pessoa com deficiência, que procura pelos serviços da equipe de saúde bucal, é um usuário frequentemente marcado pela dor, pela ansiedade e pelo sofrimento. Ele deseja ser compreendido e atendido em suas necessidades. Soma-se a isso o sofrimento dos pacientes com deficiência e seus familiares na busca de profissionais habilitados para a resolução das suas necessidades. Considerando essa realidade, podemos perceber a relevância do acolhimento nas práticas da equipe de saúde bucal.



Sabemos que a comunicação afetiva com o paciente e seus familiares é de suma importância para o sucesso do tratamento odontológico. Todo profissional de saúde deveria tratar qualquer paciente da maneira como gostaria de ser tratado, procurando compreender o seu ponto de vista. A seguir, são apresentadas algumas posturas importantes para o acolhimento do paciente no ambiente

odontológico, sobretudo daquele com deficiência.

O Auxiliar em Saúde Bucal(ASB) é o profissional, que, muitas vezes, tem o primeiro contato com o paciente. Assim, é importante atender bem, com cortesia e paciência. Independente da classe social, do nível cultural, da faixa etária ou do tipo de deficiência, os pacientes devem ser recebidos com a mesma atenção e **respeito**.

O atendimento de idosos requer do profissional muita calma e paciência, principalmente no quesito “saber ouvir”. O idoso, muitas vezes, é uma pessoa solitária, que vê no profissional de saúde uma oportunidade de compartilhar acontecimentos e conversas. Quando o idoso tiver dificuldades na fala, faça uma pergunta de cada vez, dê tempo para que ele consiga articular a resposta.

Nos pacientes com deficiência intelectual, mesmo que, aparentemente, não entendam, é interessante se colocar na sua frente, conversar sutilmente, tocá-los com movimentos leves e usar palavras tranquilizadoras. Se o paciente for incapaz de se fazer entender e expressar suas vontades, condutas não verbais de comunicação podem ser úteis bem como a presença dos membros da família

ou cuidadores. Aproximar-se do paciente com calma, mantendo o contato visual, segurá-lo cuidadosamente e colocá-lo na cadeira em posição confortável pode fazer com que ele se sinta bem, gerando confiança e tranquilidade (NIESSEN; JONES, 1987).



É importante dar ao paciente atenção e interesse devidos, fazendo-o se sentir que é bem-vindo, tratando-o sempre como uma pessoa importante, fazendo algum comentário agradável quando houver oportunidade, dando-lhe tempo suficiente para explicar o que deseja, tendo tato ao interrompê-lo, mantendo-se sempre cortês, mesmo que seu colega de trabalho não o seja.

Geralmente, em um primeiro contato com o paciente com deficiência, encontramos familiares ou cuidadores muito apreensivos, com uma série de preocupações (com a adaptação do paciente ao ambiente odontológico e ao profissional; se o profissional terá habilidade para realizar o atendimento). Essa ansiedade, muitas vezes pode prejudicar os cuidados odontológicos. Assim, é importante tranquilizá-los, conversando sobre a importância de cuidar da saúde bucal e sobre o planejamento das consultas.

É fundamental falar com clareza, usando palavras simples, faladas com voz modulada e clara. Dê à pessoa explicações exatas; seja paciente, caso você não seja entendido. Fique atento(a) às expressões e reações da pessoa para saber se ela está interessada em sua conversa.



O autocontrole, ou seja, o domínio dos próprios sentimentos, pensamentos, ações e reações, é a principal qualidade a ser desenvolvida no profissional que se dedica a atender pessoas com deficiência. É importante que toda a equipe de saúde aja com naturalidade, sem demonstrar sentimentos de dó, piedade, curiosidade, medo do estranho, repulsa no jeito de tratar ou qualquer outro sentimento do gênero frente à deficiência do paciente. Devemos ter atitudes positivas, trabalhando com dedicação e alegria, ajudando o paciente, os familiares e cuidadores a vencer barreiras, buscando sempre a melhora da qualidade de vida.

Ao abordar com calma o paciente, seus familiares ou cuidadores, o ASB demonstra uma forma de agir eficiente. Na sua prática diária, o profissional pode se deparar com alguém que fale de modo grosseiro ou agressivo, como ocorre com familiares que ainda estão em processo de aceitação da deficiência de algum membro da família. Nesse caso, o profissional nunca deve se comportar da mesma maneira; ele deve responder sempre com cordialidade e respeito.



ATENÇÃO

Ações de acolhimento por parte da equipe, como procurar fornecer informações a respeito do tratamento que o paciente vai fazer, esclarecendo dúvidas, favorecendo o espaço da escuta e expressão tanto para o paciente quanto para seus familiares, são medidas de promoção de saúde.

Essas ações possibilitam a multiplicação das informações ao grupo social no qual os usuários interagem. O efeito multiplicador de cada pessoa acolhida num programa de promoção de saúde refletirá no próprio ambiente em que ela foi acolhida como também na comunidade, por meio da troca de informações e melhorando as relações entre seus membros (BRAGANÇA, 2006).

Lembre-se de que, muitas vezes, os profissionais dominam técnicas e tratamentos com maestria, sendo considerados os melhores naquela função, especialistas, experts, sendo tal conhecimento essencial ao desempenho profissional. Entretanto, para acolher uma pessoa que necessita de atenção à saúde, é necessário estar “presente”, compreendendo e vivenciando as relações entre pessoas, coisas e fenômenos. Quando um encontro como esse acontece, todos os atores sociais envolvidos saem fortalecidos, com a convicção de que deram o melhor de si, seja este melhor uma técnica ligada a um aparelho ou informações sobre o próprio corpo (BRAGANÇA, 2006).



PARA REFLETIR

Refleta e discuta com seus colegas sobre as ações de acolhimento realizadas em sua unidade de saúde.

5.3 POSICIONAMENTO DO PACIENTE NA CADEIRA ODONTOLÓGICA

Boa parte do sucesso no atendimento odontológico do paciente com deficiência depende do conhecimento do profissional e de sua equipe sobre as técnicas e os recursos especiais para o posicionamento do paciente na cadeira odontológica. Esses pacientes devem ser posicionados de maneira confortável e segura, permitindo estabilização, boa visibilidade para o dentista e segurança para a transferência dos instrumentais pelo auxiliar.

Antes de falarmos dessas técnicas e desses recursos, precisamos entender dois conceitos básicos:

Contenção: é o conjunto de meios empregados para se manterem, na posição apropriada, os órgãos que tendem a abandonar-se ou a separar-se nas fraturas (CONTENÇÃO, c2012);

Estabilização: significa equilíbrio, firmeza e segurança (ESTABILIZAR, c2012).

Entende-se, portanto, que o conceito de contenção refere-se a uma parte do corpo e que a estabilização refere-se ao corpo todo. A partir de agora, falaremos sobre as estratégias de estabilização do paciente com deficiência na cadeira odontológica.



ATENÇÃO

Após a avaliação e anamnese criteriosa, devemos planejar o posicionamento do paciente na cadeira odontológica, visando à obtenção do maior conforto possível durante as sessões de atendimento. Para isso, devemos considerar a idade do paciente, a maturidade, o grau de cognição e cooperação, além das sequelas e/ou deformidades associadas a sua patologia de base. Entre as sequelas e deformidades que devem ser observadas e que mais interferem no posicionamento do paciente, estão: posturas viciosas, reflexos musculares involuntários, alterações de coluna vertebral, paralisias e paresias bem como qualquer alteração postural que possa determinar dificuldade de deglutição e respiração.

5.3.1 POSICIONAMENTO DO PACIENTE INFANTIL

Em geral, crianças até os três anos de idade, independente do tipo de deficiência, podem ser atendidas no colo da mãe, ou seja, com a mãe deitada na cadeira odontológica, e a criança posicionada deitada sob o seu tórax. Essa posição proporciona maior segurança para a criança que, nessa idade, ainda apresenta pouca maturidade para obedecer aos comandos do dentista (CORRÊA; MAIA, 1998).

Ainda para essas crianças, também pode ser adotada a posição joelho a joelho, fora da cadeira odontológica. Nessa posição, o cirurgião-dentista e a mãe permanecem sentados em cadeiras de uma mesma altura, ficando frente a frente e mantendo seus joelhos em contato. As pernas da mãe e do profissional formam uma espécie de maca, na qual a criança será deitada. A cabeça da criança será apoiada no colo do profissional, e ela ficará olhando para a mãe ou responsável. Se necessário, a mãe pode segurar os braços da criança como também pode manter as pernas da criança levemente imobilizadas com o apoio dos cotovelos. Pode ser utilizada uma almofada plana sobre as pernas do profissional, na qual a criança permanecerá deitada, oferecendo-lhe mais conforto. Essa posição é também conveniente para demonstrar técnicas de higiene bucal aos pais (CRIVELLO JUNIOR et al., 2009).

O atendimento de bebês (até 2 anos de idade) também pode ser realizado em macas especialmente projetadas para esse fim, denominadas de “macris”. As crianças a partir de 3 anos já podem ser posicionadas sozinhas na cadeira odontológica. Para as crianças não colaboradoras, é importante considerar os recursos de estabilização física. Converse com o cirurgião-dentista.

5.3.2 POSICIONAMENTO DE PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROMOTORES

Em alguns pacientes com distúrbios neuromotores, como é o caso da Paralisia Cerebral (PC), é comum a persistência de reflexos primitivos, como os reflexos posturais e tônicos, que interferem muito no posicionamento desses indivíduos na cadeira odontológica. Esses reflexos patológicos, se não forem bem conhecidos ou inibidos, poderão impedir a abordagem odontológica (SANTOS; SABBAGH-HADDAD, 2007; CALDAS JÚNIOR; COLARES; ROSENBLATT, 1998).



ATENÇÃO

Pacientes com paralisia cerebral ou qualquer outro distúrbio neuromotor devem ser acomodados da melhor forma possível na cadeira odontológica, a qual, inclinada para trás, oferece mais apoio, sensação de segurança e reduz a dificuldade de deglutição.

Os espásticos podem requerer ainda mais apoio e controle, o que implica a utilização de alguns recursos, como almofadas, rolos de espuma, apoios de cabeça e ajuda dos pais e ASB.

Para os pacientes que apresentam dificuldade de deglutição com risco de aspiração, além do posicionamento adequado na cadeira odontológica, o uso de sugador de saliva e o cuidado com o uso da seringa tríplice são indispensáveis. Para esses pacientes, deve-se evitar reclinar totalmente a cadeira, deixando-a levemente inclinada. O paciente deve ser posicionado em decúbito lateral, se possível, para melhor controle dos líquidos na cavidade bucal, facilitando o uso do sugador.

A figura 2 mostra o posicionamento de uma paciente de 9 anos, com paralisia cerebral espástica, ausência de reflexos de náusea e vômito e movimentos de deglutição ausentes. Observe o posicionamento lateral da paciente e a posição dos membros inferiores. Para essa paciente, devido ao seu alto grau de espasticidade, julgamos ser o colo da mãe a melhor forma de acomodá-la. Porém, para outros pacientes espásticos, podemos utilizar também recursos como almofadas confeccionadas em forma de ferradura para o apoio do tronco na cadeira odontológica. Outra possibilidade é encher uma calça jeans, tamanho extra grande, com espuma, costurando de forma a fechar as suas extremidades e o cós (cintura), para utilizar como apoio do paciente na cadeira odontológica ou em casa. A técnica pode ser empregada em pacientes adultos ou infantis (Figura 3).

Figura 2 – Posicionamento lateral de paciente com paralisia cerebral e problemas de deglutição



Fonte: (UPE, [20--?]).

Figura 3 – Almofada de apoio conhecida como “calça da vovó”



Fonte: (UFPE, 2013).

A cabeça do paciente deve ser adequadamente estabilizada durante todas as fases do tratamento, e ele deve ser posicionado de tal forma que os membros não fiquem em posições forçadas. Os estímulos intrabucais devem ser introduzidos lentamente para evitar o reflexo de sobressalto/susto ou tornar esses reflexos menos severos.

O trabalho com paciente que possui distúrbio neuromotor deve ser eficiente, e o tempo sobre a cadeira odontológica deve ser mínimo, a fim de diminuir a fadiga. Em atendimentos odontológicos mais prolongados, devemos mudar o paciente de posição para evitar incômodos que estimulem a espasticidade, como no paciente com paralisia cerebral.



VOCÊ SABIA

Durante o atendimento odontológico de um paciente com paralisia cerebral, o profissional pode induzir reflexos involuntários no paciente.

Por exemplo: quando viramos a cabeça de um paciente para o lado do dentista (direito), o paciente tende a flexionar os membros do lado oposto.

Esse reflexo poderá ser inibido, mantendo-se sempre a cabeça do paciente na linha média, por meio da utilização de dispositivo de posicionamento da cabeça em nível occipital ou utilizando rolos de apoio. Podem-se utilizar, também, rolos de espuma sob os joelhos para a manutenção dos membros inferiores inclinados.

Outro cuidado importante: evite contato na região da nuca do paciente, pois você poderá desencadear ou potencializar um reflexo muscular.

Também é comum a ocorrência de reações associadas. Esses reflexos podem acontecer em qualquer parte do corpo e, quando presentes na cadeira odontológica, podem dificultar o acesso à cavidade bucal. Normalmente, são apresentados quando o paciente deseja movimentar um dos braços; nesse caso, haverá também a movimentação da mandíbula. Muitos pacientes sentem-se desconfortáveis e, até mesmo, envergonhados, por não poderem controlar os reflexos patológicos. Alguns deles solicitam ao profissional que faça contenção dos membros superiores e/ou inferiores, para que assim se sintam mais seguros. Essa contenção poderá ser feita com um lençol (de preferência do próprio paciente) e fita crepe, ou com faixas confeccionadas especialmente para a contenção.

Durante o atendimento do paciente com PC, gestos bruscos, falar em voz alta, barulhos excessivos com o instrumental ou qualquer outro estímulo visual, tátil ou sonoro, poderão prejudicar o procedimento em execução. Portanto, o ambiente deverá ser silencioso e, sempre que possível, deve-se atendê-lo de frente. Se o profissional estiver atendendo na posição de doze horas e falar em voz alta, o paciente poderá desencadear um reflexo de espasticidade (TOLINI, 1995; SANTOS; SABBAGH-HADDAD, 2007).

Deve-se considerar, também, que, em qualquer tentativa que o profissional fizer para mudar o paciente de posição, além de exacerbar os movimentos musculares, poderão ocorrer torções, estiramentos musculares, ou até mesmo, ruptura de ligamentos. Ao ser acomodado na cadeira, o paciente deve ser tocado de forma suave até que relaxe seus membros, adotando a sua própria posição, a qual poderá ser relatada pelos responsáveis (TOLINI, 1995; SANTOS; SABBAGH-HADDAD, 2007).

É importante salientar o cuidado adicional que devemos ter no posicionamento dos pacientes com fragilidades ósseas para evitar fraturas, como é o caso de alguns pacientes com PC e deficiências nutricionais, e dos pacientes com osteogênese imperfeita. A fragilidade de maxila e mandíbula deve ser considerada em procedimentos que requerem maior força de pressão, pois podem também resultar em fraturas. O tempo das consultas deve ser curto, uma vez que a manutenção da boca aberta por períodos longos pode acarretar luxação da articulação temporomandibular ou fratura condilar (SANTOS; SABBAGH-HADDAD, 2007).



GLOSSÁRIO

Osteogênese imperfeita: síndrome caracterizada por um conjunto de doenças hereditárias bem definidas, a qual apresenta uma fragilidade óssea excessiva, responsável por um quadro de fraturas repetitivas, que evoluem para deformidades progressivas no esqueleto.

5.3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O POSICIONAMENTO DE PACIENTES COM SÍNDROME DE DOWN

Alguns pacientes com síndrome de Down podem apresentar instabilidade da articulação atlantoaxial na coluna cervical (Figura 4). Dessa forma, é importante ter cautela ao manipular a cabeça e o pescoço desses pacientes, evitando a hiperextensão, a fim de não traumatizar a medula e/ou nervos periféricos.

Figura 4 – Instabilidade da articulação atlantoaxial em paciente com síndrome de Down



Fonte: (UFPE, 2013).

5.3.4 POSICIONAMENTO DE PACIENTES IDOSOS

Para os pacientes idosos, principalmente aqueles que apresentam distúrbios do sistema nervoso central, como é o caso dos pacientes com doença de Parkinson, não é recomendado inclinar a cadeira mais que 45 graus, pois esse posicionamento pode levá-los ao risco de desenvolver pneumonia por aspiração de saliva, devido aos distúrbios na deglutição. Recomenda-se que o ajuste da sua posição seja feito primeiramente com o paciente sentado de maneira confortável, para posteriormente a cadeira ser inclinada lentamente, evitando-se, assim, o risco de hipotensão postural, muito frequente como efeito de algumas drogas utilizadas pelos idosos. Pode-se lançar mão de recursos como almofadas ou rolos para apoio de braços e cabeça. Veja na figura 5 um exemplo de posicionamento de paciente idoso.

A hipotensão ortostática é possível causa de desequilíbrio e queda frequente em idosos, principalmente os que possuem a doença de Parkinson. Para evitar a hipotensão, é importante que, ao final do atendimento odontológico, o profissional retorne vagarosamente a cadeira odontológica na posição sentada e instrua o paciente a permanecer nessa posição por alguns segundos, antes de se levantar. Também, para prevenir acidentes, é prudente acompanhar o paciente da sala de espera até a cadeira odontológica e desta até a porta de saída (BUARQUE; MONTENEGRO, 2008).

Figura 5 – Exemplo de posicionamento de paciente idoso com doença de Parkinson



Fonte: (UPE, [20--?]).

5.3.5 POSICIONAMENTO DE PACIENTES QUE UTILIZAM CADEIRA DE RODAS

Algumas vezes, a transferência do paciente da cadeira de rodas para a cadeira odontológica é difícil. O paciente pode se sentir inseguro, ou o dentista não consegue fazê-lo sozinho, ou não conta com ajuda para poder transferi-lo. Nesses casos, é possível fazer um atendimento na própria cadeira de rodas, posicionando o paciente sentado na sua cadeira de rodas e de costas

para a cadeira odontológica. O encosto de cabeça da cadeira odontológica é retirado e recolocado com a parte da almofada voltada para fora, de forma que o paciente, sentado na cadeira de rodas, a qual deverá estar com as rodas travadas, encoste sua cabeça na parte acolchoada do encosto. Feito isso, o equipo é trazido até uma direção satisfatória de alcance, e o tratamento, realizado (VARELLIS, 2005).

Em outros casos, pacientes que usam cadeira de rodas podem se transferir sozinhos para a cadeira odontológica, mas outros precisam de ajuda. A participação do profissional dependerá da capacidade do paciente ou do cuidador para ajudar. A maioria dos pacientes pode ser transferida com segurança da cadeira de rodas para a cadeira odontológica, e vice-versa, usando o método de duas pessoas. A seguir será descrito um método de seis passos para a transferência segura com um mínimo de apreensão para o paciente e a equipe de saúde bucal, sugerido pelo setor de Odontologia do Instituto Americano de Saúde (NIDCR, [2011?]). **É importante praticar essas etapas antes de fazer a transferência real do paciente.**

COMO FAZER A TRANSFERÊNCIA SEGURA DE UM PACIENTE DA CADEIRA DE RODAS PARA A CADEIRA ODONTOLÓGICA

1º Determine as necessidades do paciente

- Pergunte ao paciente ou cuidador sobre:
 - Qual o método preferido de transferência?
 - Qual a capacidade do paciente para ajudar?
 - Utiliza algum assento especial ou dispositivo para coletar a urina?
- Existe a probabilidade de o paciente apresentar alguma dor ou desconforto (espasmos) durante a transferência?
- Reduza a ansiedade do paciente, anunciando cada etapa de transferência antes do seu início.

2º Prepare a cadeira odontológica

- Remova o braço móvel da cadeira ou mova-o para fora da área de transferência;
- Posicione as mangueiras, os controles do pé, o refletor e a mesa auxiliar do equipo para fora do trajeto de transferência;
- Posicione a cadeira odontológica na mesma altura da cadeira de rodas ou deixe-a levemente mais baixa. Transferindo a um nível mais baixo, minimiza-se a quantidade de força necessária para a elevação do paciente.

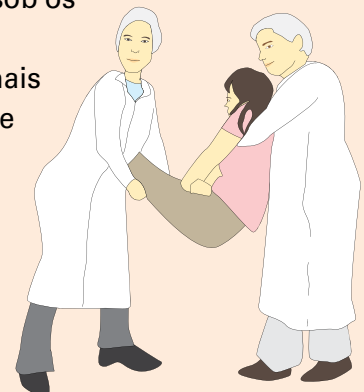
3º Prepare a cadeira de rodas

- Remova o suporte para os pés;
- Posicione a cadeira de rodas próxima e paralela à cadeira odontológica;
- Trave as rodas no lugar e gire os rodízios dianteiros para trás;
- Remova o braço da cadeira de rodas que estiver ao lado da cadeira odontológica;
- Verifique qualquer estofamento ou assento especial que o paciente tiver.



4º Execute a transferência pelo método de duas pessoas - pode ser o dentista e o auxiliar

- Apoie o paciente ao desatar o cinto de segurança;
- Transfira o assento especial da cadeira de rodas (se houver) à cadeira odontológica;
- O primeiro profissional deve se posicionar atrás do paciente, ajudar o paciente a cruzar os braços sobre o peito, colocar seus braços sob os úmeros do paciente e segurar seus pulsos;
- O segundo profissional colocará ambas as mãos sob a parte mais inferior das coxas do paciente. Inicializará a elevação do paciente em uma contagem combinada (1-2-3-levantar);
- Ambos os profissionais: para suspender o paciente, colocar a força nos músculos das pernas e dos braços, evitando sobrecarregar as costas (dos profissionais). Levantar, delicada e simultaneamente, o tronco e as pernas do paciente;
- Posicionem o paciente com segurança na cadeira odontológica e recolorem o braço.



5º Posição do paciente após a transferência

- Centralize o paciente na cadeira odontológica;
- Reposicione o assento/estofamento e o cinto de segurança do paciente a fim de obter maior conforto;
- Se algum dispositivo de coleta de urina é usado, endireite a mangueira e coloque o saco coletor abaixo do nível da bexiga.



6º Transferência da cadeira odontológica para a cadeira de rodas

- Posicione a cadeira de rodas perto e paralela à cadeira odontológica;
- Trave as rodas no lugar, gire os rodízios dianteiros para trás e remova o braço da cadeira de rodas;
- Eleve a cadeira odontológica até que ela esteja levemente mais alta do que a cadeira de rodas e remova o braço;
- Transfira o assento especial do paciente (se houver);
- Transfira o paciente pelo método de transferência de duas pessoas (veja o 4º passo);
- Reposicione o paciente na cadeira de rodas;
- Coloque o cinto de segurança, verifique a mangueira do dispositivo de coleta de urina (se houver) e reposicione o coletor;
- Recoloque o braço e os suportes para pés.



VOCÊ SABIA

Para compreender melhor esta e outras técnicas de transferência, sugerimos que você assista aos vídeos disponíveis nos links a seguir:

<<http://www.youtube.com/watch?v=TjUAAvvozE>> (WHEELCHAIR..., 2008)

<<http://www.youtube.com/watch?v=BIONVrRXKwU&feature=related>> (2 MAN..., 2009)

<<http://www.youtube.com/watch?v=yjtpuYP9odA&feature=related>> (WHEELCHAIR..., 2010)

5.4 DEFICIÊNCIAS E SÍNDROME DE INTERESSE ODONTOLÓGICO: CUIDADOS ESPECÍFICOS

5.4.1 AUTISMO

Os procedimentos odontológicos não diferem, tecnicamente, daqueles realizados em qualquer indivíduo e devem ser feitos, sempre que possível, na atenção básica. A diferença está na forma como a pessoa autista deve ser abordada e condicionada. Como você já sabe, cada paciente exige acompanhamento individual, de acordo com suas necessidades e deficiências. A abordagem dos pacientes pode ser de forma lúdica, sempre com elogios ao seu comportamento. É importante que a equipe de saúde bucal fique atenta ao comportamento do autista para que identifique posturas de repulsa, de relaxamento, de medo ou de desconfiança, sabendo se posicionar quando oportuno. Veja outros cuidados importantes:

- **Acolhimento** – esse deve ser o primeiro ato do cuidado. É importante criar espaço para o encontro com o responsável que acompanha a pessoa autista;
- **Anamnese** – não deixe de interagir com o médico especialista e discutir sobre medicamentos utilizados pelo paciente (CORRÊA, 2002; SILVA; CRUZ, 2009; PEREIRA et al., 2010), principalmente quando for necessária a sedação;
- **Condicionamento** – o atendimento odontológico a pacientes com autismo requer da equipe de odontologia muita dedicação às sessões de condicionamento. Utilizar técnicas de ludoterapia é uma excelente estratégia de manejo. Assim, dependendo do grau e do comportamento da pessoa com autismo, a equipe pode propor “brincadeiras” para conhecer melhor o paciente. Assim, jogos de encaixe, por exemplo, poderão nos dizer até que ponto a pessoa permite interação. As aproximações deverão ser sucessivas e continuadas, até que o paciente ganhe confiança nos profissionais. Para esses pacientes, a sedação poderá ser necessária nas primeiras sessões;
- **Estabilização física** – há controvérsias quanto ao uso de estabilização física para pacientes com autismo, principalmente com faixas, coletes, lençóis ou dispositivo do tipo camisolas. Entretanto, Grandin (1992) relatou que algumas pessoas autistas têm problemas severos de limites corporais, razão pela qual a estabilização física com o objetivo de fazer esses pacientes sentirem os limites do seu corpo teria um efeito calmante. Se a estabilização for necessária, orienta-se que seja associada com a sedação;
- **Demonstração do aparato odontológico** – no início da abordagem odontológica, é importante demonstrar o aparato odontológico, para que o paciente saiba, antes de ser atendido, o que será utilizado em sua boca, incluindo as vibrações e os ruídos. O emprego da técnica “mostrar, dizer e fazer” pode produzir bons resultados;
- **Procedimentos odontológicos** – o atendimento odontológico do paciente com autismo é exatamente igual a qualquer outro. Assim, todas as necessidades odontológicas deverão ser atendidas dentro do mais alto padrão técnico-científico e ético. A equipe deverá, apenas, estar atenta ao padrão de comportamento do paciente na cadeira odontológica. É importante que os procedimentos que demandam maior tempo de execução sejam realizados quando o paciente já estiver acostumado à rotina odontológica (BRASIL, 2008).

5.4.2 DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A maior dificuldade para o deficiente auditivo é, sem dúvida, a comunicação. O bloqueio de comunicação pode, em alguns momentos, prejudicar o vínculo entre o paciente e os profissionais de saúde, comprometendo o atendimento. Entretanto, é importante lembrar que, dependendo do grau da perda auditiva, o paciente pode aprender a linguagem oral; assim, ele tem uma deficiência auditiva, mas não de fala. Muitos deficientes auditivos não falam porque não escutam, outros falam e/ou fazem leitura labial. Isso justifica alguns cuidados durante o atendimento odontológico, listados abaixo:

- se o paciente usar aparelho auditivo, lembre-se de que ele amplifica o som; por isso, antes de iniciar a consulta, pergunte ao paciente se ele gostaria de retirá-lo;
- quando estiver conversando com o paciente, retire a máscara de proteção, fale claramente, devagar e com linguagem simples. Evite gesticular de forma exagerada;
- não fale alto;
- lembre-se de que os sons agudos são de percepção difícil para quem tem deficiência auditiva;
- se o paciente estiver com um acompanhante, este poderá ajudar nas instruções e demonstrações de higiene bucal, de forma a auxiliá-lo em casa;
- utilize imagens ou macromodelos para exemplificar a escovação dos dentes e a utilização do fio dental;
- não se limite a gesticular apenas. Fale normalmente, sempre olhando de frente para o paciente. Seja simpático!

5.4.3 DEFICIÊNCIA FÍSICA E PARALISIA CEREBRAL

Vamos agora conversar um pouco sobre como deve ser o manejo do paciente com deficiência física. Imagine que você está no consultório e recebe um paciente que apresenta alterações visíveis no desenvolvimento postural, limitações de movimentos, espasmos musculares. De imediato, você observa que se trata de um paciente com deficiência física ou com paralisia cerebral. E agora?

Além da anamnese bem cuidadosa, você deve (BRASIL, 2010; PEREIRA et al., 2010; CAMPOS et al., 2009):

- lembrar que os procedimentos odontológicos que você vai realizar não são diferentes dos que você iria fazer em um paciente sem deficiência;
- organizar o espaço físico de forma a permitir melhor movimentação e facilidade para chegar até a cadeira odontológica;
- se o paciente tiver dificuldades para ir ao consultório sozinho, orientar no sentido de que o faça com a ajuda de um acompanhante;
- iniciar o plano de tratamento executando os procedimentos mais simples e menos demorados;
- não permitir que seu paciente sinta dor ou desconforto com o procedimento odontológico executado. Lembre-se de que a analgesia pré, trans e pós-operatória é necessária na maioria dos procedimentos odontológicos, principalmente os cirúrgicos, restauradores e endodônticos;
- posicionar o paciente de forma confortável, na cadeira odontológica, buscando uma postura adequada e a estabilização dos movimentos. A estabilização física deve ser realizada na presença dos responsáveis pelo paciente, quando for necessário controlar os reflexos musculares;
- caso seja necessária a estabilização, recomenda-se que os pais/responsáveis ajudem na estabilização para transmitir mais confiança ao paciente. Além disso, essa estabilização física deve fazer parte das sessões de dessensibilização;
- adotar como rotina de trabalho que pais e responsáveis participem de todas as sessões de atendimento;
- alguns pacientes podem apresentar deglutição atípica ou, até mesmo, alterações musculares importantes que dificultam a deglutição. Ainda, há aqueles que se apresentam no momento do atendimento odontológico com doenças respiratórias. Para esses casos, recomenda-se que o paciente seja posicionado na cadeira odontológica em decúbito lateral, para que a saliva e a água da caneta de alta/baixa rotação possam escoar, diminuindo o risco de broncoaspiração. É recomendável que a equipe trabalhe com um bom sugador de saliva ou, de preferência, com um aspirador de alta potência;
- é importante que o ambiente de trabalho, incluindo nele os instrumentais e materiais de consumo, estejam prontos para uso antes da entrada do paciente. Uma vez que o paciente esteja adequadamente posicionado à cadeira, a equipe de saúde bucal deve se deslocar o mínimo possível, evitando movimentos bruscos e estímulos sonoros. Essas situações irão fazer com que o paciente

se movimente para identificar a fonte de ruído ou acompanhar visualmente o profissional, o que poderá desencadear reflexos musculares;

- há formas de inibir as contrações musculares involuntárias, que se tornam muito intensas quando o paciente está posicionado de forma incorreta na cadeira odontológica (veja os tipos de reflexos musculares no capítulo que trata das principais deficiências e síndrome de interesse odontológico). De uma forma geral, os reflexos podem ser inibidos mantendo-se a cabeça do paciente na linha média, evitando incliná-la para os lados ou para cima e para baixo e mantendo as pernas em semiflexão. Podem ser usados travesseiros ou almofadas sob os joelhos do paciente;
- caso seja necessário e, após discussão com o médico do paciente, pode ser utilizada sedação para favorecer o relaxamento muscular.

5.4.4 DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Os procedimentos odontológicos realizados no deficiente intelectual não diferem tecnicamente daqueles realizados em qualquer outro indivíduo (TOLEDO, 2005).

Dentre as condutas frente ao paciente com deficiência intelectual, destacam-se:

- realizar uma anamnese minuciosa, posteriormente assinada por um responsável pelo paciente, registrando-se, no prontuário odontológico, o uso de medicamentos, como sedativos, ansiolíticos e anticonvulsivantes;
- estabelecer laços de confiança e vínculo para se evitar medo e insegurança. Sempre que possível, planeje sessões de condicionamento do paciente;
- informar aos pais e cuidadores sobre os meios de proteção à saúde bucal do paciente;
- orientar quanto ao uso diário do flúor tópico por meio de dentífricos e, quando o paciente apresentar um alto risco de cárie, deve ser recomendado o uso do flúor gel em pequenas quantidades na escova, sob supervisão de um adulto, para evitar ingestão pelo paciente. Essa prescrição de flúor diário na escova dental deve ser mantida por pouco tempo, e o cirurgião-dentista deverá acompanhar a evolução do risco de cárie, indicando o tempo de utilização do flúor. Uma boa estratégia para se aumentar a quantidade do flúor presente nos fluidos bucais é orientar no sentido de que o

paciente escove os dentes antes de dormir, sem realizar o enxague bucal. Assim, ele escova os dentes com um dentifrício com flúor, expele todo o excesso de creme dental e não enxagua a boca;

- indicar a escova elétrica para pacientes com alteração de coordenação motora, por facilitar a remoção da placa bacteriana bem como por ser um importante fator de motivação para o paciente;
- mostrar os procedimentos a serem realizados por meio da técnica do DIZER-MOSTRAR-FAZER, aos pacientes que não ofereçam resistência e que possuam boa cognição;
- avaliar a necessidade de estabilização física e/ou medicação sedativa;
- observar se há necessidade de prescrição de antimicrobianos, caso o paciente apresente comorbidades, como febre reumática, cardiopatias e diabetes;
- marcar as consultas de retorno em intervalos periódicos, de acordo com o risco às patologias bucais, para realização de exame clínico e para dar ênfase às estratégias de promoção da saúde e prevenção das doenças.



PARA REFLETIR

O que irá garantir a eficácia de uma boa higiene oral em pacientes deficientes será a conscientização, a estimulação e o treinamento contínuo daqueles que estiverem diretamente envolvidos com eles (MAGALHÃES; BECKER; RAMOS, 1997).

5.4.5 DEFICIÊNCIA VISUAL

A seguir, serão apresentados os principais cuidados no atendimento de deficientes visuais:

- apresente toda a equipe que estará em contato com o paciente durante o tratamento (GOULART; VARGAS, 1998; RATH et al., 2001; FERREIRA; HADDAD, 2007);
- mantenha o ambiente clínico calmo e silencioso (RATH et al., 2001; NANDINI, 2003);
- o tato deve ser explorado: mostre onde está a mobília do consultório, conduza o paciente pelo local de atendimento, faça-o tocar na cadeira, deixe-o tocar os instrumentos;

- descreva os instrumentos e a localização de equipamentos, como foco de luz e cuspideira (ATKINSON, 1995; TURRINI; PICOLINI, 1996; FERREIRA; HADDAD, 2007);
- acione os equipamentos um a um. Dessa forma, quando você necessitar dos equipamentos durante o atendimento, o paciente saberá o que está sendo acionado;
- descreva, com detalhes, os instrumentos e objetos que serão utilizados. Em seguida, deixe que o paciente sinta suas vibrações com contato na unha ou na mão e convide-o a tocar, provar ou cheirar (RATH et al., 2001; NANDINI, 2003);
- evite ruídos altos e inesperados, aplicar jatos de ar, água ou acionar motores sem aviso prévio (ENGAR; STIEFEL, 1977; MCDONALD; AVERY, 1991; RATH et al., 2001; NANDINI, 2003);
- oriente sobre possíveis odores e sabores desagradáveis durante o tratamento (ENGAR; STIEFEL, 1977; MCDONALD; AVERY, 1991; ATKINSON, 1995; TURRINI; PICOLINI, 1996);
- realize uma anamnese com perguntas sobre a saúde geral e bucal, questione sobre o uso de medicamentos, origem e tipo da deficiência visual (TURRINI; PICOLINI, 1996);
- não deixe de fornecer orientações sobre os cuidados com a higiene bucal. Para isso, use materiais lúdico-pedagógicos (materiais em alto relevo, recursos em áudio, folhetos em braille, modelos de gesso, macromodelos e outros materiais que possam ser tocados) para motivar e corrigir os hábitos bucais dos pacientes (SETUBAL et al., 2007; RATH et al., 2001; NANDINI, 2003);
- o profissional pode fazer uso de dedeiras de borracha para que o paciente possa saber como fazer a higienização correta (COHEN; SANART; SHALGI, 1991; BATISTA et al., 2003). Entretanto, dê preferência ao uso da escova, mostrando ao paciente como deverá ser seu movimento na escovação e reforce aos pais ou responsáveis a importância da supervisão quando o paciente for criança ou adolescente;
- para orientar sobre o uso do fio dental, você pode utilizar macromodelos. Deixe o paciente tocar o modelo e mostre onde o fio dental deverá limpar;
- escovas dentais elétricas podem ser indicadas;
- utilize auxiliares de passa-fio, para que o paciente se sinta estimulado a fazer uso desse dispositivo de limpeza;
- se o paciente tiver um cuidador, forneça a este as mesmas orientações (GOULART; VARGAS, 1998);

- antes de realizar qualquer procedimento, forneça ao paciente descrições detalhadas, claras e concisas do tratamento planejado para a consulta (RATH et al., 2001; NANDINI, 2003);
- avise ao paciente se você cometer qualquer erro (RATH et al., 2001; NANDINI, 2003). Por exemplo, se acionar algum equipamento sem avisá-lo previamente.

5.4.6 SÍNDROME DE DOWN

Após a avaliação clínica do paciente e revisão de sua condição sistêmica, o tratamento odontológico do paciente com síndrome de Down pode ser planejado e deve ter metas bem claras e definidas (SILVA; CRUZ, 2009). No seu planejamento, o profissional deve definir:

- **necessidade de profilaxia antibiótica** – com base na presença e no tipo de alteração cardiovascular;
- **ajuste adequado do paciente na cadeira odontológica** – evitar a hiperextensão do pescoço, associado à manipulação cuidadosa da cabeça;
- **necessidade de estabilização física e ou sedação** – essa deve ser definida após as sessões iniciais de acolhimento e interação, conforme a capacidade de cooperação do paciente.



ATENÇÃO

Algumas doenças sistêmicas presentes, como comorbidades, na síndrome de Down devem ser consideradas no planejamento do tratamento odontológico:

Malformações cardiovasculares – a presença de prolapso da válvula mitral com repercussão hemodinâmica gera a necessidade de profilaxia antibiótica antes de procedimentos invasivos;

Deficiência imunológica – pela diminuição de células B e T, o paciente se torna mais vulnerável a infecções, além de contribuir para o desenvolvimento de doença periodontal;

Hipotonia muscular – condição generalizada. Está associada à sialorréia e à menor eficiência mastigatória, além de estar associada também à instabilidade atlantoaxial (maior mobilidade entre as vértebras C1 e C2 da coluna cervical). O paciente deve ser ajustado com cuidado, na cadeira odontológica.

(WEIJERMAN; WINTER, 2010)

Você deve se lembrar de que o risco de cárie é diminuído nesses pacientes, portanto, normalmente, essa não é uma preocupação tão imediata. Contudo, a higiene bucal nem sempre é adequada, e esta, associada à maior susceptibilidade às infecções, favorece o desenvolvimento de doença periodontal. Logo, a prevenção da doença periodontal é uma das metas no tratamento odontológico e requer consultas periódicas para avaliar esses pacientes. Do mesmo modo, quadros mais intensos de incontinência salivar podem gerar desconforto ao paciente, e exercícios de reforço da musculatura perioral devem ser indicados. Nesses casos, é importante lembrar sempre que estamos trabalhando com uma política de saúde que exige uma abordagem multidisciplinar. Assim, encaminhe seu paciente para uma avaliação fonoaudiológica e planeje as sessões de tratamento discutindo o caso com os outros profissionais.

5.4.7 O IDOSO COM DEFICIÊNCIA

A deficiência no idoso pode comprometer a capacidade de discernir o que é melhor para si próprio. Dessa forma, se faz necessário obter o consentimento assinado por um responsável pelo paciente para a execução do tratamento odontológico, que se baseia na prevenção, no controle da dor e da infecção. O cuidado com a higiene oral dos idosos deficientes é fator importante no processo saúde/doença. Prevenir os problemas na cavidade bucal e evitar que esses se tornem agentes complicadores do estado geral do paciente devem ser o foco da equipe de saúde bucal (BRITO; VARGAS; LEAL, 2007). Então, para conhecer seu paciente, é necessário realizar uma anamnese detalhada e abordar diversos aspectos clínicos, contemplando, preferencialmente, os seguintes itens:

- aspectos gerais do paciente;
- tipo e gravidade das doenças atuais;
- medicamentos em uso. Lembrar que algumas medicações promovem alterações do fluxo salivar. Assim, observar a necessidade de hidratação da mucosa oral;
- relacionamento multidisciplinar. É importante ter comunicação com o médico clínico e/ou com outros profissionais de saúde que acompanha(m) o idoso;
- avaliação dos riscos. Investigar doenças e comorbidades;
- avaliação do grau de estresse, medo e ansiedade;

- levantamento das necessidades. O ideal, sempre que possível, é realizar um exame bucal completo;
- observar exposições radiculares, pois são frequentes e necessitam de intervenção imediata.

Para o atendimento odontológico ao idoso deficiente, alguns aspectos devem ser observados, buscando otimizar o tempo de consulta e realizar os procedimentos com eficiência e resolutividade. Veja algumas dicas:

- os familiares ou cuidadores devem acompanhar o atendimento, receber orientações e serem estimulados a participar ativamente da promoção da saúde bucal do idoso;
- reduza o estresse emocional do paciente por meio de consultas curtas e, sempre que possível, marque o horário mais conveniente para ele, de acordo com seus hábitos;
- oriente os familiares e/ou cuidadores quanto à higienização oral, enfatizando a importância de higienizar a língua e as próteses existentes, objetivando a prevenção da candidíase;
- oriente e sugira a adaptação dos instrumentos para limpeza bucal (por exemplo, escovas dentais com cabos mais calibrosos), buscando adequá-los às limitações do paciente. Mais detalhes poderão ser vistos no capítulo que trata das tecnologias assistivas;
- quando necessário, em caso de estomatites, candidíase e doença periodontal, sugira o uso diário de clorexidina 0,12% pelo paciente (por tempo limitado e sem álcool). Esse procedimento pode ser realizado pelos cuidadores com gaze embebida no produto;
- todas as orientações e prescrições devem ser fornecidas por escrito;
- tenha sempre por perto cobertores ou lençóis, pois os idosos normalmente sentem mais frio.

REFERÊNCIAS

ATKINSON, R. Orientação no relacionamento com pessoas cegas. **Rev. Benjamin Constant**, n. 1, p. 31-32, set. 1995.

BRAGANÇA, A. T. N. M. **O acolhimento como promoção de saúde entre pacientes com câncer**. 2006. 141f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006. Disponível em: <<ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/AndreaTNMB.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

BATISTA, C. G. et al. A odontologia e as pessoas com deficiência visual. **J. Bras Odonto-Psicol Odontol Pacientes Espec**, v. 1, n. 2, p. 170-174, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_saude_2ed.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Cadernos de Atenção Básica, Nº 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde –**

SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atensaudecomdefic.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2013.

BRITO, L. F. S.; VARGAS, M. A. O.; LEAL, S. M. C. Higiene oral em pacientes no estado de síndrome do déficit no autocuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 359-67, 2007.

BUARQUE, C. M.; MONTENEGRO, F. L. B. **Uma revisão sobre implicações odontológicas na doença de Parkinson.** Portal do Envelhecimento. [20--?]. Disponível em: <http://portaldoenvelhecimento.org.br/odonto/odonto117.htm>. Acesso em: 15 jun. 2013.

CALDAS JÚNIOR, A. F.; COLARES, V.; ROSENBLATT, A. Pacientes especiais. In: ROSENBLATT, A. **Clínica odontopediátrica: uma abordagem preventiva.** Recife: UPE, 1998. p. 168-195.

CAMPOS, C. C.; ROMANO, A. J. M. Peculiaridades da sedação e anestesia geral em pacientes com necessidades especiais. In: COSTA, L. R. R. S., et al. **Sedação em odontologia: desmistificando sua prática.** São Paulo: Artes Médicas, 2007. cap. 10, p.145-163.

CAMPOS, C. C. et al. **Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais.** Goiânia: UFG, 2009. Disponível em: <http://www.odonto.ufg.br/uploads/133/original_Manual_corrigido-.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2012.

COHEN, S.; SANART, H.; SHALGI, G. The role of instruction and a brushing device on the oral hygiene of blind children. **Clin Prev Dent.**, v. 13, n. 4, p. 8-12, 1991.

CORRÊA, M. S. N. P.; MAIA, M. E. S. Técnicas de abordagem: criança de 0 a 3 anos de idade. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância.** São Paulo: Santos, 1998. cap. 14, p. 165-177.

CORRÊA, M. S. N. P. **Atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos.** São Paulo: Santos, 2002.

COSTA, E. M. A. Escutando o paciente. In: COSTA, E. M. A.; CARBONE, A. H. **Saúde da família**: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2010. cap.5, p.35-40.

CONTENÇÃO. In: MICHAELIS Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, c2012. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=conten%E7%E3o>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

CRIVELLO JUNIOR, O.; GUEDES-PINTO, A. C.; BONECKER, M.; RODRIGUES, C. R. M. D. **Fundamentos de odontologia**: odontopediatria. São Paulo: Santos, 2009.

ELIAS, C. F. Humanização do atendimento na saúde. In: ELIAS, R. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Santos, 2007. cap. 10, p. 131-134.

ENGAR, R. C.; STIEFEL, D. J. **Dental treatment of the sensory impaired patient**. Seattle: University of Washington, 1977. 65p.

ESTABILIZAR. In: MICHAELIS Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, c2012. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=estabilizar>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

FERREIRA, M. C. D.; HADDAD, A. S. Deficiências sensoriais e de comunicação. In: HADDAD, A. S. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Santos, 2007. p. 253-61.

FERREIRA, M. L. **Acolhimento**: uma revisão da literatura. 2009. 48f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Virgolândia, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1021.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2,

p.345-353, abr./ jun. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2013.

GOULART, A. C. F.; VARGAS, A. M. D. A percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 34, n. 2, p.107-119, 1998.

GRANDIN, T. Calming effects of deep touch pressure in patients with autistic disorder, college students, and animals. **Journal of Child Adolesc Psychopharmacology**, Mary Ann Liebert, Inc. v. 2, n. 1, p. 63-72, 1992. Disponível em: <<http://www.grandin.com/inc/squeeze.html>>. Acesso em: 2 abr. 2013.

GOULART, M. G. V.; GOMES, M. F.; HADDAD, A. S. Sedação consciente no tratamento odontológico em pacientes com necessidades especiais. In: HADDAD, A. S. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Santos, 2007. cap. 26, p. 476-484.

GUEDES-PINTO, A. C.; CORRÊA, M. S. N. P.; DUARTE, I. M. A. Conduta em relação à criança para tratamento odontopediátrico. In: GUEDES-PINTO, A. C.; ISSÃO, M. **Manual de odontopediatria**. 11 ed. São Paulo: Santos, 2006. Cap. 1, p. 1-26.

2 MAN Lift Side to Side Wheelchair Transfer. 2009. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=BIONVrRXKwU&feature=related>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

MAGALHÃES, M. H. C. G.; BECKER, M. M.; RAMOS, M. S. Aplicação de um programa de higienização supervisionada em pacientes portadores de paralisia cerebral. **RPG. Revista de Pós-Graduação (USP)**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 109-113, 1997.

MALTA, D. C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate** 2000, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p.21-34, set./dez. 2000.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem

de Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-14012009-164720/publico/SilviaMatumoto.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2013.

MCDONALD, R. E.; AVERY, D. R. **Odontopediatria**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

NANDINI, N. S. New insights into improving the oral health of visually impaired children. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**, v. 21, n. 4, p. 142-143, 2003.

NIDCR. NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH. Oral Health. **Wheelchair transfer**: a health care provider's guide - six steps to a safe wheelchair transfer. [2011?]. Disponível em: <<http://www.nidcr.nih.gov/OralHealth/Topics/DevelopmentalDisabilities/WheelchairTransfer.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

NIESSEN, L. C.; JONES, J. A. Professional dental care for patients with dementia. **Gerodontology**, v. 6, n. 1, p. 67-71, 1987.

PEREIRA, L. M. et al. Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de Odontologia da ULBRA (Canoas/RS). **Stomatós**, Canoas, v. 16, n. 31, jun./dez. 2010. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1519-44422010000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 nov. 2012.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

RATH, I. B. S. et al. Atendimento odontológico para crianças portadoras de deficiência visual. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 37, n. 2, p. 183-188, 2001.

SANTOS, W. N.; COIMBRA, J. L. **ACD - Auxiliar do consultório dentário**. Rio de Janeiro: Rubio. 2004, 186p.

SANTOS, M. T. B. R.; SABBAGH-HADDAD, A. Defeitos físicos. In: SABBAGH-HADDAD, A. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Santos, 2007. p. 163-171.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-94, nov./dez. 2004.

SETUBAL, P. C. O. et al. Sinta, crie, invente: para o deficiente áudio-visual, faça diferente! In: JORNADA UNIVERSITÁRIA DE GOIÁS (JUGO), 2007, Goiás. **Anais...** Goiás: UFG, 2007.

SILVA, L. C. P. da; CRUZ, R. A. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**: protocolos de atendimento clínico. São Paulo: Santos, 2009. 190p.

SOUZA, E. C. F. de. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p.S100-S110, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2013.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.585-597, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300016>>. Acesso em: 21 dez. 2012.

TOLEDO, A. O. **Odontopediatria**: fundamentos para a prática clínica. 3. ed. São Paulo: Editorial Premier, 2005.

TOLINI, C. A. S. Paralisia cerebral: deficiência neuromuscular. In: ELIAS, R. **Odontologia de alto risco**: pacientes especiais. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 71-93.

TURRINI, C.; PICOLINI, M. A. Z. **Sugestões para o atendimento odontológico de clientes cegos**. Campinas: CEPRE / FCM / Unicamp, 1996.

UPE. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO. Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Acervo do Curso de Especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. **Acervo de Fotografias**. [20--?].

VARELLIS, M. L. Z. **O paciente com necessidades especiais na odontologia**: manual prático. São Paulo: Santos, 2005. 511p.

WEIJERMAN, M. E.; WINTER, J. P. The care of children with Down syndrome. **Eur J Pediatr**, v. 169, n. 12, p.1445–1452, 2010.

WEYNE, S. de C.; HARARI, S. G. Cariologia: implicações e aplicações clínicas. In: BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia restauradora**: fundamentos e possibilidades. São Paulo: Santos, 2002. p. 1-29.

WHEELCHAIR transfer to dental chair. 2008. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=TjUAAAvvozE>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

WHEELCHAIR transfers in the operatory video excerpt. 2010. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=yjtpuYP9odA&feature=related>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

ZAUHY, C.; MARIOTTI, H. (Orgs.). **Acolhimento**: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.comitepaz.org.br/download/Acolhimento%20-%20o%20pensar%20o%20fazer%20o%20viver.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

CAPÍTULO
06

PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

*Eduardo Henriques de Melo
Luiz Gutenberg Toledo de Miranda Coelho Júnior*

No ano de 1946, a Organização Mundial de Saúde adotou a seguinte definição para saúde: “é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. (WHO, 1946, tradução nossa). Partindo desse conceito amplo de saúde, reconhecemos que saúde não é uma conquista nem uma responsabilidade exclusiva dos profissionais do setor saúde, mas o resultado de um conjunto de fatores que extrapolam os limites das nossas ações, dos quais podemos destacar fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que se articulam de forma particular, em cada sociedade.

Desse modo, o que se entende por saúde no nordeste do Brasil pode ou não ser a mesma coisa daquilo que se discute no sul do país, e ainda ser diferente do que é tratado no centro-oeste. Tais pensamentos e suas peculiaridades possibilitam a existência de sociedades mais ou menos saudáveis.

Por muito tempo, as políticas em saúde e a própria formação dos profissionais nessa área sempre colocaram como prioridade não a saúde, mas a doença, com o controle da morbidade e a diminuição da mortalidade como vitrines de suas atividades. É mais recente a preocupação com a promoção da saúde, prevenção das doenças e avaliação do impacto das doenças na qualidade de vida das pessoas e no comprometimento das atividades diárias.

A promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos e o tratamento e reabilitação das enfermidades são as principais estratégias para intervir no processo saúde-doença. Tais estratégias se encontram em áreas de conhecimento complexas e exigem esforços de nós, profissionais da saúde. Devemos integrá-las para melhorar a saúde das populações. E quem faz essa articulação? A resposta é simples: a educação em saúde, conforme veremos mais adiante.

Ainda que muitas pessoas tenham vidas saudáveis, para tanto, além do componente biológico e do organismo estar em condições de bom funcionamento, necessitam de situações sociais, econômicas, culturais e afetivas favoráveis.

Devemos reconhecer que a situação de saúde está intimamente ligada ao modo de vida do indivíduo e das populações. O dia a dia do indivíduo, seja ele pessoa com deficiência ou não, na sociedade é, portanto, o espaço onde se manifesta o elo entre os processos biológicos, psicológicos e sociais que determinarão o seu processo saúde-doença.

AÇÕES DE PREVENÇÃO DAS DOENÇAS E PROMOÇÃO À SAÚDE

A promoção da saúde, de uma forma geral, se caracteriza pela atuação de, pelo menos, três grandes áreas: **ambiente saudável**, **participação dos serviços de saúde** e **educação em saúde**. O termo promoção da saúde tem sido associado a diversos valores, como:

- qualidade de vida;
- saúde;
- solidariedade;
- democracia;
- cidadania;
- desenvolvimento;
- participação e parceria.

A promoção da saúde é resultado da combinação de diferentes estratégias, como ações de Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias entre outros setores (habitação, assistência e defesa social, por exemplo).

Quanto às ações de Estado, fica evidente que a promoção da saúde não é só responsabilidade do setor saúde, mas de uma integração entre os diversos setores das esferas municipal, estadual e federal na articulação de políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais ao ser humano. Nessa perspectiva, são considerados igualmente importantes: programas de sensibilização, conscientização, prevenção, habilitação, reabilitação, inserção no mercado de trabalho e residência para pessoas com deficiência.

Tais programas devem ser capazes de desenvolver vínculos entre os profissionais envolvidos e a pessoa com deficiência. Além disso, a família do paciente e os demais atores sociais devem estar envolvidos nessa causa, a fim de promover a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.



VOCÊ SABIA

Que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados pela Portaria N° 154, 24 de janeiro de 2008, visam à incorporação de novos saberes, dos quais a promoção de saúde e a prevenção de doenças estão presentes e se articulam perfeitamente? (BRASIL, 2008d).

ESPECIFICIDADES DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Antes de discutirmos a educação em saúde, vamos relembrar algumas especificidades das pessoas com deficiência. Primeiramente, lembre-se de que muitas apresentam dificuldades motoras que podem se refletir na função motora bucal. Essas pessoas pertencem a um grupo de risco para desenvolver desordens na deglutição ou disfagia, o que pode ser observado como um dos primeiros sinais do seu distúrbio neurológico (AURÉLIO; GENARO; MACEDO FILHO, 2002).



GLOSSÁRIO

Função motora oral: deve ser entendida como os aspectos motores e sensoriais que envolvem as estruturas da cavidade oral e faringe até a entrada do esôfago.

Disfagia: é a percepção de que há um impedimento à passagem daquilo que foi deglutido. O termo pode se referir tanto à dificuldade de iniciar a deglutição (geralmente denominada disfagia orofaríngea) quanto à sensação de que alimentos sólidos e/ou líquidos estão retidos de algum modo na sua passagem da boca para o estômago (geralmente denominada disfagia esofágica) (WGO, 2004).

As desordens da função motora oral podem gerar um espectro de incapacidades em cada etapa do processo de deglutição, com interações em cascata, de forma simultânea. Em um número significativo de pessoas com deficiência, as alterações crônicas da deglutição podem resultar em: desnutrição, desidratação, aspiração e pneumonias recorrentes.

Os sintomas frequentemente observados nesses casos são: regurgitação, dificuldade de engolir a própria saliva, tosse no momento da alimentação, instabilidade respiratória ou falta de ar, dentre outros, que podem causar aversão para comer determinados alimentos.



ATENÇÃO

Como resultado dessas limitações, tem-se o tempo excessivo despendido durante a alimentação da pessoa com deficiência e a necessidade de dieta especial, diferente da utilizada pelo restante da família. Esse quadro acaba gerando uma situação de tensão e ansiedade nos pais e cuidadores dos deficientes, o que torna o ato de comer, que deveria ser agradável, algo difícil, cansativo e de pouco prazer (AURÉLIO; GENARO; MACEDO FILHO, 2002).

O ASB que intervir com tais famílias deve estar preparado para incentivar as pessoas com deficiência a se alimentarem e buscar alternativas para contornar esses problemas. É importante recomendar aos pacientes alimentos de fácil mastigação e que sejam melhor tolerados por eles. Para isso, a conversa com o médico e nutricionista que acompanham o paciente é fundamental.

Além das deficiências neuromotoras, distúrbios neurológicos podem também resultar em incapacidades, ou seja, limitações no desempenho de atividades e tarefas diárias.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), compreende ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilitar ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, requer a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e durante todos os ciclos de vida, sem se restringir apenas às pessoas que estão sob o risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, no qual a saúde é considerada como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (psicológico), ambiental (referente ao meio em que as pessoas vivem), pessoal/emocional (referente à autorrealização pessoal e afetiva) e por fim, sócio-ecológico (requerendo justiça e equidade social e com preservação da natureza).

Uma educação em saúde verdadeira e ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados (com acesso pelas pessoas com deficiência) e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos (doença) e curativos (medicalização). As propostas pedagógicas desse ramo devem ser libertadoras, no sentido de deixar de culpar as vítimas (doentes) e serem comprometidas com o desenvolvimento da autonomia, do respeito, da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e no desenvolvimento do homem para a plenitude.



ATENÇÃO

As escolas, creches, os asilos e outros espaços sociais são ambientes ideais para a implantação de projetos e práticas de educação em saúde, visto serem espaços onde várias pessoas se encontram, incentivando o desenvolvimento saudável e as relações construtivas e harmônicas, que permitem formar cidadãos críticos e reflexivos.



Para promover ações de educação em saúde, não necessariamente temos que ter uma formação específica e centrada somente em saberes pedagógicos. O educador em saúde se revela habilitado quando age como disseminador de conhecimentos e realizador de ações capazes de despertar o interesse e a participação de cada membro da comunidade onde trabalha. Além disso, a educação em saúde deve ser feita em ambiente natural e não artificial e quem direciona para onde a atividade vai é o público, ou seja, as pessoas que atuarão como aprendizes. Entretanto, faz-se necessário o treinamento mínimo e o adequado preparo do Auxiliar de Saúde Bucal para que este saiba direcionar a atividade e, assim, não perca o foco e saiba responder à altura quando indagado sobre alguma dúvida.

As práticas de educação em saúde podem ser enquadradas em, pelo menos, dois tipos de ação, conforme apresentado a seguir.



Atividades voltadas à transformação dos comportamentos do indivíduo, dirigidas ao estilo de vida e ao ambiente sociocultural. Ou seja, a educação é voltada para mudanças que dependem do próprio indivíduo ou da família/cuidador (mudanças de comportamento e, com isso, diminuição da exposição aos fatores de risco).

Exemplo: autocuidado e higiene pessoal, alimentação saudável.

Aqui, no segundo caso, temos **atividades voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente** no sentido amplo (casa, rua, comunidade, bairro, cidade, política, economia e cultura). As atividades nesse segundo grupo envolvem vários setores, a participação ativa da sociedade e também do poder público.





ATENÇÃO

O meio de atuação da educação em saúde é bastante amplo. Inclui técnicas destinadas a assegurar a adesão às terapias e medicações prescritas, lidar com a recusa e o abandono do tratamento, com a negociação de algumas prescrições para que os pacientes aceitem o tratamento. Envolve, ainda, outras técnicas, como a orientação sobre comportamentos nocivos ou “de risco”, como por exemplo a falta de higiene bucal, o consumo excessivo de açúcares, o consumo de drogas legais (álcool, cigarros) e ilegais (crack, maconha, cocaína), dentre outras.

Em educação, a escuta é fundamental. Para Paulo Freire: “Escutar é obviamente algo que vai além da capacidade auditiva de cada um. Escutar no sentido aqui discutido significa a disponibilidade por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro” (FREIRE, 2003, p.17).

E COMO OCORRE A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE?

Em termos de prática, a educação em saúde pode ser realizada por meio de orientações individuais ou grupais. Atividades interativas costumam ser mais atraentes para o público que irá acolher o educador. Existem inúmeras técnicas que podem ser utilizadas, como por exemplo:

- rodas de conversa;
- círculos de cultura;
- jogos e brincadeiras;
- teatros.

Para dar apoio às atividades, podem ser utilizados recursos audiovisuais, cartazes, cartilhas, álbuns ilustrativos e seriados, folhetos, macromodelos, dentre outros. Recomendamos, apenas, que sejam evitadas as atividades do tipo palestras com características meramente expositivas. Esse tipo de atividade costuma ser cansativo e exige pouca atenção dos participantes. Opte por atividades mais dinâmicas nas quais os participantes possam expressar seus saberes prévios sobre o assunto em questão como também expor suas dúvidas e interagir.



SAIBA MAIS

Quer saber como utilizar os círculos de cultura como estratégia para a educação em saúde? Sugerimos que você consulte o livro Educação em Saúde, de Estela Maria Leite Meirelles Monteiro, disponível no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) da UNA-SUS UFPE.

Exemplos de álbuns seriados e cartilha podem ser encontrados nos links:

<<http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000015495.pdf>> (BRASIL, 2008b).

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/album_seriado_10_passos.pdf> (BRASIL, 2011a).

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/dez_passos_para_familia.pdf> (BRASIL, 2010).

Exemplos de atividades para serem desenvolvidas nas escolas (jogos, brincadeiras, rodas de conversa, dentre outras) podem ser vistas no link:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/GUIA_DE_SUGESTOES_DE_ATIVIDADES_SSE_2013.pdf> (BRASIL, 2013).

Para finalizar, alguns aspectos devem ser observados durante as atividades de educação em saúde bucal (BRASIL, 2008a):

- respeito à individualidade;
- contextualização nas diversas realidades;
- respeito à cultura local e linguagem popular;
- ética;
- autopercepção de saúde bucal;
- incentivar os usuários a participar das decisões relativas à saúde;
- usar metodologias adequadas ao perfil e à faixa etária do público envolvido.

QUAIS CONTEÚDOS PODEM SER TRABALHADOS NAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL?

O Ministério da Saúde recomenda abordar, em geral, nas ações educativas coletivas: (1) as principais doenças bucais (cárie dentária, doença periodontal, câncer de boca, traumatismos dentários, fluorose dentária, edentulismo e má oclusão), como se manifestam e como prevenir; (2) a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e do uso do fio dental; (3) os cuidados a serem tomados para se evitar a fluorose; (4) as orientações gerais sobre dieta; (5) a orientação para autoexame da boca; (6) os cuidados imediatos após traumatismo dentário; (7) a prevenção à exposição ao sol sem proteção; e (8) a prevenção em relação ao uso de drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2008a).

QUEM DEVE DESENVOLVER AS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE?

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), as atividades de educação em saúde podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal (TSB), auxiliar de saúde bucal (ASB) e agente comunitário de saúde (ACS), especialmente durante as visitas domiciliares. As escolas, creches, asilos e espaços institucionais são locais preferenciais para este tipo de ação, não excluindo qualquer outro espaço onde os profissionais de saúde enquanto cuidadores possam exercer atividades que estimulem a reflexão para maior consciência sanitária e apropriação da informação necessária ao autocuidado (BRASIL, 2004). Considerando a importância de que o trabalho do cirurgião-dentista não se restrinja apenas à sua atuação no âmbito da assistência odontológica, limitando-se exclusivamente à clínica, sugere-se cautela no deslocamento frequente deste profissional, para a execução das ações coletivas. Estas devem ser feitas, preferencialmente, pelo TSB, pelo ASB e pelo ACS. Compete ao cirurgião-dentista planejá-las, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las sendo, em última instância, o responsável técnico-científico por tais ações.



ATENÇÃO

Durante as atividades de educação em saúde bucal, é interessante, se houver disponibilidade na unidade de saúde, levar kits de higiene bucal e apresentar modelos de escova adequados.

6.1 HIGIENE BUCAL: CUIDADOS NECESSÁRIOS

A higiene bucal é etapa fundamental da higiene pessoal, embora, muitas vezes, seja negligenciada. Portanto, as orientações relativas à adequada higiene bucal devem fazer parte da rotina das equipes de saúde bucal.

Antes de falarmos dos cuidados específicos em cada ciclo de vida, vamos discutir algumas questões que costumam gerar dúvidas tanto nos pacientes quanto nos profissionais de saúde.

A) QUAL A FINALIDADE DA ESCOVAÇÃO?

A escovação dental tem a premissa de desorganizar o biofilme dental, que está associado às doenças da cavidade bucal. Também tem o objetivo de levar flúor à cavidade bucal por meio do uso de creme dental fluoretado. Não devemos esquecer de orientar os pacientes a escovar a língua.



- VOCÊ SABIA

As ações de escovação dental supervisionada são um importante meio para obtenção coletiva de flúor, em várias localidades brasileiras.

O Ministério da Saúde identificou duas modalidades de escovação dental no contexto dos programas de saúde coletiva, definidas como (BRASIL, 2009a):

- a) escovação dental supervisionada indireta; e
- b) escovação dental supervisionada direta.

Na modalidade “escovação dental supervisionada indireta”, o agente da ação não é, necessariamente, um profissional de saúde e a finalidade é, essencialmente, levar flúor à cavidade bucal e, adicionalmente, consolidar o hábito da escovação. Em consequência, não há nesses casos, necessariamente, preocupação quanto aos aspectos qualitativos concernentes à desorganização do biofilme dental, com a avaliação específica do desempenho de cada participante da ação – o que, por outro lado, necessariamente, deve ocorrer na modalidade “escovação dental supervisionada direta” (BRASIL, 2009a).

B) QUAL A ESCOVA MAIS INDICADA PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA?

Nas prateleiras dos supermercados, são muitas marcas, diversos números e tipos de escova de dente. Se essa variedade gera confusão a nós, profissionais de saúde, imagine a nossos pacientes.

O formato que costuma ser mais indicado é a escova com cerdas planas, pontas arredondadas, do tipo macia ou ultramacia, com uma grande quantidade de cerdas e com a cabeça curta e arredondada para que os dentes do fundo da boca (molares) sejam escovados.

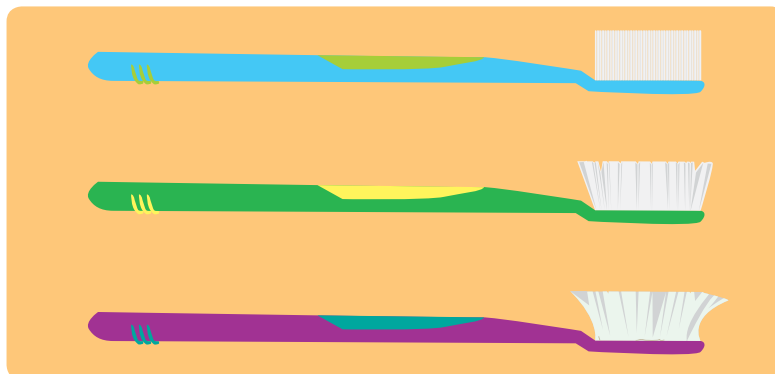
A indicação de escovas duras e médias se restringe à higienização de próteses removíveis, pois possuem um poder maior de remoção de sujeira em dentes artificiais. O uso de escovas com cerdas duras ou médias em dentes naturais pode provocar desgaste do esmalte, exposição radicular e retração gengival, quando as escovas são usadas por muito tempo e com uma força excessiva pelo paciente.

Outro aspecto importante são adaptadores que podem ser utilizados nas escovas tradicionais, de modo a facilitar o uso por pacientes que têm dificuldades para segurar objetos. Para saber mais sobre esse assunto, recomendamos que leia, com cuidado, o capítulo que trata das tecnologias assistivas.

C) QUANTO TEMPO DURA UMA ESCOVA DENTAL?

Em relação ao tempo de uso da escova dental, é importante ressaltar que não existe um tempo pré-determinado para todos os pacientes. O ideal é usá-la enquanto estiver em bom estado, sem apresentar desgaste visível, principalmente nas cerdas. Escovas muito usadas perdem efetividade e induzem a pessoa a aumentar a força durante a escovação, o que causa danos à gengiva e pode desgastar o esmalte dentário. A figura abaixo mostra três tipos de escova, desde a nova até aquela que precisa de substituição.

Figura 1 - Na sequência: escova em bom estado, estado regular e com substituição necessária



Fonte: (UFPE, 2013).

D) QUAL QUANTIDADE DE CREME DENTAL FLUORETADO DEVE SER USADA NA ESCOVAÇÃO?

Deve-se evitar usar mais que 0,3 gramas por escovação. Para facilitar a medida, o volume de creme dental deve ser proporcional a um grão de ervilha ou de arroz (BRASIL, 2009a).

Figura 2 - Quantidade ideal de creme dental (não superior a 0,3 gramas)



Fonte: (UFPE, 2013).

E) O USO DO FIO DENTAL É, DE FATO, IMPORTANTE?

Sem dúvida, é de grande relevância o fio dental para o cuidado da saúde bucal. Deve ser usado diariamente, pois auxilia na eliminação do biofilme e dos restos alimentares dos espaços entre os dentes, regiões que a escova dental não pode alcançar. É importante orientar o paciente ou os cuidadores para utilizarem o fio dental com delicadeza, a fim de não traumatizar, principalmente, a gengiva.

F) É NECESSÁRIO UTILIZAR ENXAGUATÓRIOS BUCAIS ROTINEIRAMENTE?

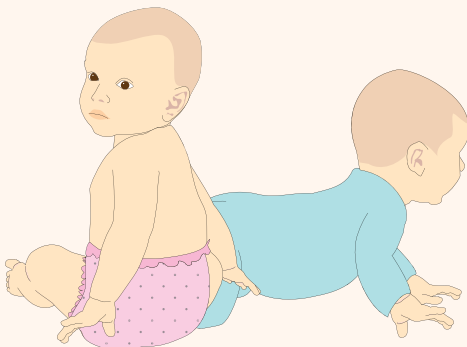
O uso de enxaguatórios bucais de forma indiscriminada deve ser evitado. Recomenda-se que o seu uso seja feito somente quando houver prescrição pelo cirurgião-dentista.

6.1.1 HIGIENE BUCAL NOS CICLOS DE VIDA

A seguir, vamos destacar os principais cuidados que deverão ser tomados na higiene bucal, considerando-se os ciclos de vida.

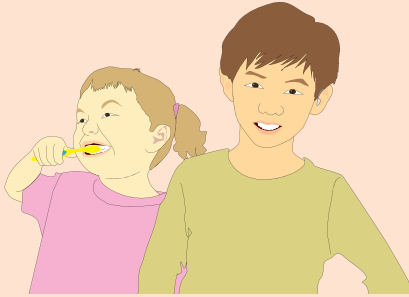
Quadro 1 – Higiene bucal nos ciclos de vida

Bebês (0 a 24 meses)

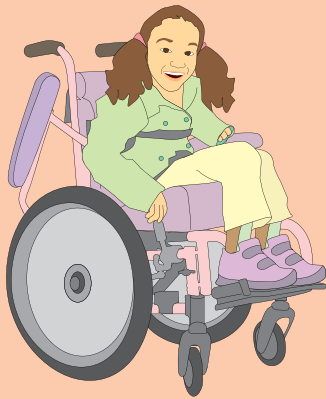


- A limpeza da cavidade bucal deve ser iniciada antes do aparecimento dos primeiros dentes. Para isso, pode ser usado um tecido limpo ou gaze embebida em água filtrada ou soro fisiológico para esfregar suavemente a gengiva;
- A escovação deverá ser iniciada quando aparecer o primeiro dente decíduo, mas não é necessário usar creme dental devido à possibilidade de ingestão pelo bebê;
- O uso do creme dental poderá ser iniciado a partir do aparecimento dos primeiros molares decíduos, mas é importante ficar muito atento para que a criança não o ingira;
- A higienização da cavidade bucal deverá ser realizada pelos pais ou responsáveis;
- Oriente a família/cuidadores a manter o creme dental longe das crianças.

(continua)

Crianças (2 a 9 anos)

- À medida que a criança for crescendo, ela deverá ser incentivada a fazer a higiene da cavidade bucal, sob supervisão da família ou dos cuidadores;
- Usar quantidade mínima de creme dental, pois a criança ainda poderá ingerir;
- O uso do fio dental deve ser introduzido, com o auxílio de um adulto.

Adolescentes (10 a 19 anos)

- Incentivar o hábito da higiene bucal e explicar o que poderá acontecer, caso a higiene não seja realizada;
- Poderão ser utilizados a técnica de escovação supervisionada e os reveladores de placa bacteriana para reforçar a importância da higienização;
- Especial atenção deve ser dada aos adolescentes que fazem uso de aparelhos ortodônticos. Nesse caso, vale a pena a conversa com o cirurgião-dentista para que ele o oriente sobre a técnica de higiene bucal mais adequada.

Adultos (20 a 59 anos) e Idosos (acima de 60 anos)

- Valem as mesmas considerações feitas para os adolescentes;
- Caso a pessoa tenha dificuldade motora, é importante que a família ou o cuidador auxilie na higienização da cavidade bucal;
- Se o paciente usar prótese removível, oriente-o a evitar dormir com a prótese e a higienizar a cavidade bucal ao retirar a prótese. Também é necessário fazer a correta higienização da prótese dentária removível. Isso pode ser feito de forma mecânica (usando escova dental e creme dental ou água e sabão) e/ou utilizando métodos químicos. Dentre os métodos químicos, temos:

(continua)

- produtos vendidos exclusivamente para higienização das próteses, à base de peróxidos alcalinos;
- hipoclorito de sódio na concentração de 2% ou 3%. Nesse caso, deve-se diluir 15ml de hipoclorito de sódio em 300ml de água e deixar a prótese de molho por 10 a 20 minutos diários. Se a prótese tiver estrutura metálica, não ultrapassar 10 minutos. Decorrido esse tempo, a prótese deve ser enxaguada e ficar de molho durante toda a noite para retirar eventuais resíduos (inclusive metálicos), gosto e odor desagradáveis. Existem, ainda, soluções ácidas e desinfetantes, porém podem danificar a prótese, se não forem adequadamente utilizadas, razão pela qual o uso é menos frequente (SILVA; SEIXAS, 2008);
- Se o paciente fizer uso de prótese fixa, não se esqueça de orientar que esta também deve ser higienizada, pois acumula placa dentária assim como dentes naturais. A técnica para higienização não difere, mas pode ser necessário complementar com uso de escovas interdentais e passadores de fio dental. Nesse caso, é fundamental a conversa com o cirurgião-dentista;
- Nos casos de edentulismo, a higiene bucal também é importante. Pode-se fazer uso de gaze ou de um tecido macio umedecido para remoção de restos alimentares e de placa bacteriana.

Fonte: (BRASIL, 2008a, adaptado).

6.2 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

A alimentação e nutrição se constituem em requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde, possibilitando o crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania. Nas últimas décadas, os brasileiros vivenciaram grandes transformações econômicas e sociais, o que resultou em mudanças no seu padrão e consumo alimentar. A diminuição da fome e da desnutrição, porém, veio acompanhada do aumento do número de pessoas com sobrepeso, obesos e de indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão. Vale ressaltar que os avanços são desiguais. Ainda persistem altas prevalências de desnutrição crônica em grupos vulneráveis da população (crianças indígenas, quilombolas, residentes na região norte do Brasil e beneficiárias de programas de transferência de renda) (BRASIL, 2011b).

O enfrentamento desses problemas depende de diversos setores: desde a produção até a comercialização final dos alimentos; a garantia de ambientes que propiciem mudanças de conduta dos indivíduos e da sociedade. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição é uma ação do SUS, que tem como proposta reorganizar, qualificar e aperfeiçoar suas ações para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população, promovendo a alimentação saudável e adequada e atenção nutricional em todas as fases do curso da vida (BRASIL, 2011b).



SAIBA MAIS

Se você quiser conhecer mais sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, acesse: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2d_081111.pdf> (BRASIL, 2011b).

A seguir, apresentaremos algumas orientações elaboradas pelo Ministério da Saúde, sobre a alimentação saudável nos ciclos de vida. Vale ressaltar que essas orientações poderão ser alteradas, caso haja alguma recomendação médico-nutricional.

Dez passos para alimentação saudável em crianças menores de dois anos (BRASIL, [20--?]a):

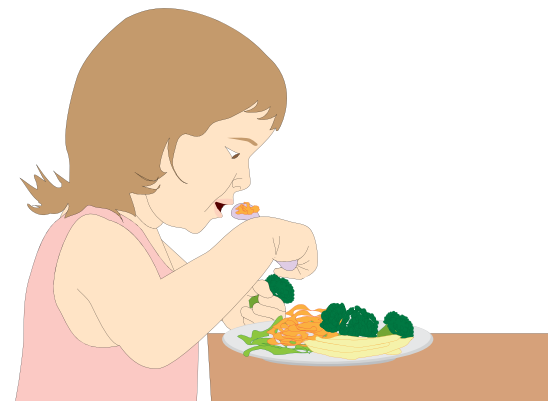
1. Oferecer somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos;
2. A partir dos seis meses, oferecer, de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais;
3. A partir dos seis meses, oferecer alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada;
4. A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança;
5. A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida com colher. Começar com consistência pastosa (papas e purês) e, gradativamente, aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família;
6. Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida;



7. Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições;
8. Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação;
9. Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos. Garantir o seu armazenamento e a sua conservação de forma adequada;
10. Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Dez passos para alimentação saudável em crianças maiores de dois anos (BRASIL, [20--?]b):

1. Procurar oferecer alimentos de diferentes grupos, distribuindo-os em, pelo menos, três refeições e dois lanches por dia;
2. Incluir diariamente alimentos como cereais (arroz, milho), tubérculos (batatas), raízes (mandioca/macaxeira/aipim), pães e massas, distribuindo esses alimentos nas refeições e nos lanches ao longo do dia;
3. Procurar oferecer diariamente legumes e verduras como parte das refeições da criança. As frutas podem ser distribuídas nas refeições, nas sobremesas e nos lanches;
4. Oferecer feijão com arroz todos os dias ou, no mínimo, cinco vezes por semana;
5. Oferecer diariamente leite e derivados, como queijo e iogurte, nos lanches e carnes, aves, peixes ou ovos na refeição principal;
6. Alimentos gordurosos e frituras devem ser evitados. Preferir alimentos assados, grelhados ou cozidos;
7. Evitar oferecer refrigerantes e sucos industrializados, balas, bombons, biscoitos doces e recheados, salgadinhos e outras guloseimas no dia a dia;
8. Diminuir a quantidade de sal na comida;
9. Estimular a criança a beber bastante água e sucos naturais de frutas durante o dia, de preferência nos intervalos das refeições, para manter a hidratação e a saúde do corpo;
10. Incentivar a criança a ser ativa e evitar que ela passe muitas horas assistindo TV, jogando videogame ou brincando no computador.



Dez passos para alimentação saudável de adolescentes (BRASIL, [20--?][c]):

1. Para manter, perder ou ganhar peso, procurar a orientação de um profissional de saúde;
2. É importante se alimentar 5 ou 6 vezes ao dia. Comer no café da manhã, almoço, jantar e fazer lanches saudáveis nos intervalos;
3. Tentar comer menos salgadinho de pacote, refrigerantes, biscoitos recheados, lanches de fast-food, alimentos de preparo instantâneo, doces e sorvetes;
4. Comer frutas, verduras e legumes;
5. Procurar comer feijão todos os dias;
6. Comer arroz, massas e pães todos os dias;
7. Procurar tomar leite e/ou derivados todos os dias;
8. Evitar o consumo de bebidas alcoólicas;
9. É importante se movimentar. Evitar ficar horas em frente à TV ou ao computador;
10. Escolher alimentos saudáveis nos lanches da escola e nos momentos de lazer.



ATENÇÃO

A dieta rica em carboidrato, com grande frequência de ingestão e associada à escovação deficiente, é fator predisponente à cárie dentária. Oriente, principalmente as crianças e os adolescentes, para uma dieta menos cariogênica. Alerta para o fato de que o consumo excessivo de refrigerantes pode ocasionar erosão dentária (desgaste dos dentes, provocado por substâncias ácidas).

Alguns nutrientes merecem atenção especial nessa fase da vida: em função do aumento da massa óssea, as necessidades de cálcio estão elevadas; já o rápido crescimento muscular e o aumento do volume sanguíneo necessitam de uma maior quantidade de ferro.

Deve-se ficar atento ao eventual uso de anabolizantes e aos transtornos alimentares, como a bulimia e a anorexia nervosa, que podem ocorrer nessa fase e que precisam ser adequadamente tratados (BRASIL, 2008a).

Dez passos para alimentação saudável de adultos e idosos (BRASIL, [20--?]d, [20--?]e):

1. Fazer, pelo menos, 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não deixar de realizar as principais refeições;
2. Incluir diariamente 6 porções do grupo do cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos (como as batatas) e raízes (como a mandioca/macaxeira/aipim) nas refeições. Dar preferência aos grãos integrais e aos alimentos naturais;
3. Comer diariamente, pelo menos, 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches;
4. Comer feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, 5 vezes por semana. Esse prato é uma combinação completa de proteínas;
5. Consumir diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis;
6. Consumir, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Ficar atento aos rótulos dos alimentos e escolher aqueles com menores quantidades de gorduras trans.
7. Evitar refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação;
8. Diminuir a quantidade de sal na comida e retirar o saleiro da mesa. Evitar consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio), como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas molhos e temperos prontos;
9. Beber, pelo menos, 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. Dar preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições;
10. Tornar a vida mais saudável praticando, pelo menos, 30 minutos de atividade física todos os dias e evitando as bebidas alcoólicas e o fumo. Manter o peso dentro de limites saudáveis.



ATENÇÃO

Orientar o idoso sobre a dieta é muito importante, pois o edentulismo pode contribuir para uma dieta inadequada (alimentos pastosos ou líquidos geralmente ricos em carboidratos e pobres em fibras e vitaminas).

Independente da idade, é interessante introduzir alimentos adstringentes na dieta, como cenouras cruas, maçãs, rabanetes, talo de salsa, erva doce, etc., pois eles auxiliam a higiene bucal (BRASIL, 2008a).

Para as pessoas com deficiência, é importante que a equipe de saúde bucal trabalhe em uma perspectiva multidisciplinar, como já vimos anteriormente. No entanto, precisamos lembrar que muitos pacientes não têm acesso a alguns alimentos citados, ou, ainda, não possuem condições motoras de realizar uma correta mastigação e deglutição. Por isso, é muito importante a presença de nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais no momento de planejamento nutricional (BRASIL, 2009b).

SAÚDE BUCAL E NUTRIÇÃO

Alimentação e nutrição, como visto anteriormente, são requisitos básicos para a proteção e promoção da saúde, permitindo o crescimento humano e desenvolvimento com qualidade de vida e cidadania. Os hábitos alimentares podem ser afetados pelas condições socioeconômicas e fatores culturais, estado de saúde e fatores relacionados à saúde bucal. O comprometimento da saúde bucal pode afetar a ingestão de nutrientes, contribuindo para o desenvolvimento de deficiência nutricional e, conseqüentemente, proporcionar uma pobre qualidade de vida (ANDRADE; CALDAS JR; KITOKO, 2009).

Estudos recentes têm demonstrado a relação entre as condições de saúde bucal e a média de ingestão de nutrientes. Nesse aspecto, observa-se que o edentulismo, o uso de próteses e a ausência de pares oclusais estão associados com uma deficiente ingestão de vitamina C, vitamina A, cálcio, zinco, fibras e proteínas, sendo o número de pares oclusais o melhor indicador de ingestão inadequada dos nutrientes anteriormente citados (ANDRADE et al., 2011). É importante perceber, também, que o fato de a pessoa usar prótese não significa, necessariamente, que terá uma melhor ingestão de nutrientes. Assim, é fundamental um aconselhamento dietético com um profissional habilitado.



SAIBA MAIS

Para saber mais sobre alimentação e nutrição, recomendamos que você acesse o link: <<http://nutricao.saude.gov.br/publicacoes.php>> (BRASIL [20-?]f). Nele, existem vários manuais que tratam do assunto.

Se você quiser subsídios para o fortalecimento e planejamento das ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, considerando a história, as singularidades da realidade local e, sobretudo, a situação alimentar e nutricional de cada comunidade, você pode consultar o Manual operacional: promoção da alimentação saudável nas escolas, disponível no link: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_operacional_profissionais_saude_educacao.pdf> (BRASIL, 2008c).

6.3 PREVENÇÃO DO TABAGISMO, USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

É importante, nas ações de educação em saúde, abordar os riscos que o fumo, o álcool e as outras drogas proporcionam à saúde. Para subsidiar suas atividades de educação em saúde, veja alguns dos riscos aos quais estão submetidas as pessoas que fazem uso dessas drogas lícitas e ilícitas.

Quadro 2 – Riscos das drogas lícitas e ilícitas para a saúde

Droga	Riscos para a saúde
<p data-bbox="400 797 496 835">Álcool</p> 	<p data-bbox="740 790 1417 1104">A bebida pode agir como estimulante em uma primeira fase, deixando a pessoa desinibida e eufórica, mas à medida que as doses aumentam, começam a surgir os efeitos depressores, que levam à diminuição da coordenação motora, dos reflexos e do sono. O uso prolongado pode causar alcoolismo, cirrose e câncer no fígado. No comportamento, provoca agressividade.</p> <p data-bbox="740 1137 1417 1290">É importante ressaltar que o consumo de álcool pode trazer prejuízos ao corpo do adolescente ainda em formação. Além disso, pode aumentar a vulnerabilidade para violência e acidentes.</p> <p data-bbox="740 1328 1417 1400">O uso de álcool em excesso aumenta o risco de desenvolvimento de câncer de boca.</p>
<p data-bbox="395 1451 501 1489">Cigarro</p> 	<p data-bbox="740 1487 1417 1680">O cigarro costuma provocar doenças a longo prazo. Dentre elas, está o câncer de pulmão, de faringe, de boca, além de problemas cardíacos, circulatórios e pulmonares. Também está relacionado ao desenvolvimento de doenças periodontais.</p>
<p data-bbox="217 1747 683 1818">Inalantes (solventes, gases, éter, clorofórmio)</p> 	<p data-bbox="740 1805 1417 1957">Provocam danos ao fígado, rins, perda de peso, ferimentos no nariz e boca. Em usuários crônicos, pode causar danos irreversíveis ao cérebro e até morte.</p>

<p>Maconha</p> 	<p>Prejudica a memória, diminui os reflexos, pode causar problemas no aparelho respiratório e aumenta as chances de desenvolver câncer de pulmão.</p>
<p>Cocaína</p> 	<p>Altera as batidas do coração, a pressão arterial e a temperatura. Quando injetada na veia, a overdose dessa droga pode levar à morte por depressão, convulsão e falência cardíaca. O uso compartilhado de seringas pode trazer doenças, como a AIDS e as hepatites.</p>
<p>Ecstasy</p> 	<p>Provoca aumento da temperatura corporal e desidratação, esgotamento físico e morte súbita. O uso repetido pode gerar ansiedade, medo, pânico e delírios.</p>
<p>Craque</p> 	<p>Provoca perda de apetite, perda de peso e desnutrição, insônia, rachaduras nos lábios e gengivas, tosse e problemas respiratórios, problemas cardíacos, depressão e sentimento de perseguição.</p>

Fonte: (BRASIL, [20--?]g).

6.4 USO DE FLUORETOS NA ODONTOLOGIA

O Brasil registrou, no início do século XXI, redução na quantidade e na gravidade da cárie dentária em crianças e adolescentes. Grande parte desse importante avanço deveu-se às medidas de saúde bucal adotadas em escala populacional, em especial aquelas relacionadas ao uso seguro de fluoretos. Tal redução representou uma impor-

tante conquista. Nesse sentido, de acordo com documentos oficiais, dispomos (BRASIL, 2009a):

- do segundo maior sistema de fluoretação de águas de abastecimento público de todo o mundo;
- de um dos maiores contingentes populacionais de consumidores de dentifrícios fluoretados;
- de boa parte da população com exposição a múltiplas formulações de produtos fluorados.

Para aplicação do flúor, podem ser utilizados métodos sistêmicos (quando o produto é ingerido) — por meio da água fluoretada, sal fluoretado, ou medicamentos contendo flúor; e métodos tópicos — aplicação por meio de bochechos, géis vernizes e cremes dentais fluoretados.

FLÚOR TÓPICO

Os **dentifrícios fluoretados** (cremes dentais) são considerados importantes métodos de prevenção de cárie, pois aliam a desorganização e remoção do biofilme dental à exposição ao flúor. Recomenda-se o uso de cremes dentais com concentração entre 1.000 e 1.500 ppm de flúor, que estão indicados para toda a população. Deve-se ter cuidado apenas em crianças menores de 9 anos, pois podem ingerir o produto, aumentando o risco de fluorose dentária (BRASIL, 2009a).

Os **bochechos fluoretados** são feitos com o uso de solução concentrada, normalmente de fluoreto de sódio (NaF), para ser bochechada diariamente (NaF na concentração de 0,05%), semanal ou quinzenalmente (NaF na concentração de 0,2%). Recomenda-se bochechar 10 ml de solução, vigorosamente, por um minuto, seguindo-se de expectoração. É de fácil aplicação e baixo custo. Está contraindicado o uso em crianças em idade pré-escolar devido ao risco de ingestão. Indicações:

- A utilização de bochechos de abrangência universal com periodicidade semanal (NAF 0,2%) é recomendada para populações nas quais se constate(m) uma ou mais das seguintes situações: a) exposição à água de abastecimento sem flúor; b) exposição à água de abastecimento com teores de fluoretos abaixo da concentração indicada (até 0,54 ppm F); c) CPO-D médio maior que 3 aos 12 anos de idade; d) menos de 30% dos indivíduos do grupo são livres de cárie aos 12 anos de idade; e e) populações com condições sociais e econômicas que indiquem baixa exposição a dentifrícios fluoretados;
- Bochechos diários de NaF a 0,05%, em combinação com dentifrícios fluoretados, são recomendados para indivíduos de alto risco de cárie, por exemplo, aqueles usando aparelhos ortodônticos fixos com precária higiene bucal (BRASIL, 2009a).

O **gel** contendo flúor inicialmente foi criado para ser usado apenas em aplicações executadas pelo cirurgião-dentista, no ambiente restrito ao consultório odontológico. Como a técnica foi difundida no Brasil para uso em escala populacional, a partir dos anos 1980, nos programas de saúde pública ou como ação coletiva, passou a fazer parte, nos anos 1990, dos chamados “Procedimentos Coletivos de Saúde Bucal” (BRASIL, 2009a).

Esse modo é de simples aplicação, e o material empregado é de baixo custo. O gel de flúor-fosfato acidulado (FFA) possui uma concentração de 1,23% de fluoreto. O tempo de aplicação é de 4 minutos, devendo se recomendar não beber água ou comer nos 30 minutos subsequentes após a aplicação. Para aplicação, podem ser usadas moldeiras, ou ainda, a própria escova dental do paciente, sob supervisão, uma vez que há risco de ingestão. Não há necessidade de profilaxia prévia à aplicação. As indicações são as mesmas dos bochechos. Acrescenta-se a recomendação do uso em populações nas quais os métodos de alta frequência são difíceis, tomando-se como exemplo as populações isoladas ou distantes dos centros urbanos (BRASIL, 2009a).

Outra apresentação que também pode ser recomendada é a do verniz fluoretado. Como a concentração dessa apresentação é maior que o gel, recomendam-se, no mínimo, duas aplicações anuais para pacientes com atividade de cárie ou história passada de alta experiência de cárie. Há necessidade de limpeza prévia dos dentes, secagem e isolamento relativo para aplicação e retenção do verniz. Durante o procedimento, é importante utilizar sugador para evitar ingestão. Em relação às indicações, são as mesmas descritas no uso de gel fluoretado (BRASIL, 2009a).



VOCÊ SABIA

Vernizes são materiais, que, depois de aplicados, aderem na superfície dentária, com o objetivo de formar fluoreto de cálcio a ser depositado sobre a superfície do esmalte e manter uma liberação de flúor para o ambiente bucal, por um período maior de tempo. Essa característica resulta em maior eficácia desse produto na prevenção ou no controle de cáries iniciais.

FLÚOR SISTÊMICO

Desde 1974, a agregação de flúor ao tratamento das águas de abastecimento (fluoretação das águas) é obrigatória no Brasil, “onde exista estação de tratamento de água”, com base na Lei Federal Nº 6.050, de 24 de maio de 1974 e regulamentada pelo Decreto Nº 76.872,

de 22 de dezembro de 1975. A fluoretação das águas de abastecimento público é elemento essencial da estratégia de promoção da saúde, eixo norteador da Política Nacional de Saúde Bucal. Assim, viabilizar políticas públicas que garantam a implantação da fluoretação das águas, ampliação do programa aos municípios com sistemas de tratamento é a forma mais abrangente e socialmente justa de acesso ao flúor. Nesse sentido, desenvolver ações intersetoriais para ampliar a fluoretação das águas no Brasil é uma prioridade governamental, garantindo-se continuidade e teores adequados nos termos da Lei Nº 6.050, de 24 de maio de 1974 e normas complementares, com a criação e/ou desenvolvimento de sistemas de vigilância compatíveis. A organização de tais sistemas compete aos órgãos de gestão do SUS (BRASIL, 2009a).



SAIBA MAIS

Se você quiser conhecer outros métodos sistêmicos de aplicação do flúor, além dos efeitos adversos que o flúor pode ocasionar, caso seja utilizado de forma inadequada, sugerimos que acesse o Guia de recomendação para o uso de fluoretos, do Ministério da Saúde, disponível no link: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_guia_fluoretos.pdf> (BRASIL, 2009a).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. B. de; CALDAS JR, A. de F.; KITOKO, P. M. Relationship between oral health, nutrient intake and nutritional status in a sample of Brazilian elderly people. **Gerodontology**, v. 26, p. 40-45, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2008.00220.x/pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.

ANDRADE, F. B. de. et al. The relationship between nutrient intake, dental status and family cohesion among older Brazilians. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 113-122, jan. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100012>>. Acesso em: 10 out. 2013.

AURÉLIO, S. R.; GENARO, K. F.; MACEDO FILHO, E. D. Análise comparativa dos padrões de deglutição de crianças com paralisia cerebral e crianças normais. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 68, n. 2, p.167-173. março/abr. 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992002000200003>>. Acesso em: 10 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Caderno de Atenção Básica, Nº 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **O que é vida saudável?**: álbum seriado. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000015495.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual operacional para profissionais de saúde e educação**: promoção da alimentação saudável nas escolas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_operacional_profissionais_saude_educacao.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008_rep.html>. Acesso em: 15 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/02/livro_gui_a_fluoretos.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Cadernos de Atenção Básica, Nº 24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/dez_passos_para_familia.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos**: álbum seriado. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/album_seriado_10_passos.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2d_081111.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de sugestões de atividades:** Semana Saúde na Escola. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/GUIA_DE_SUGESTOES_DE_ATIVIDADES_SSE_2013.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Promoção da Alimentação Saudável. Desenvolvimento de Habilidades Pessoais. **Alimentação saudável para crianças menores de 2 anos:** siga os dez passos. (Série temática Os 10 Passos para uma Alimentação Saudável). [20--?] a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/10passosCriançasPequenas.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Promoção da Alimentação Saudável. Desenvolvimento de Habilidades Pessoais. **Alimentação saudável para crianças:** siga os dez passos. (Série temática Os 10 Passos para uma Alimentação Saudável). [20--?] b. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/10passosCrianças.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Promoção da Alimentação Saudável. Desenvolvimento de Habilidades Pessoais. **Alimentação saudável para adolescentes:** siga os dez passos. (Série temática Os 10 Passos para uma Alimentação Saudável). [20--?] c. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/10passosAdolescentes.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Promoção da Alimentação Saudável. Desenvolvimento de Habilidades Pessoais. **Alimentação saudável para todos:** siga os

dez passos. (Série temática Os 10 Passos para uma Alimentação Saudável). [20--?]d. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/10passosAdultos.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Promoção da Alimentação Saudável. Desenvolvimento de Habilidades Pessoais. **Alimentação saudável para pessoas com mais de 60 anos**: siga os dez passos. (Série temática Os 10 Passos para uma Alimentação Saudável). [20--?]e. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/10passosIdosos.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Publicações**. [20--?]f. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/publicacoes.php>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da saúde. **Drogas**. [20--?]g. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33696&janela=1>. Acesso em: 10 out. 2013.

FRAZAO, P.; PERES, M. A.; CURY, J. A. Drinking water quality and fluoride concentration. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011005000046&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 12 out. 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários. 27. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

MARINHO, V. C. C. et al. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 2004b. v. 1. CD002278.

MARTINS, C. C. et al. Prospective study of the association between fluoride intake and dental fluorosis in permanent teeth. **Caries Research**, [S.l.], v. 42, n. 2, p. 125-133, março, 2008.

RIGO, L.; CALDAS JUNIOR, A. de F.; SOUZA, E. H. A. de. Factors associated with dental fluorosis. **Rev. Odonto Ciênc.** v. 25, n. 1, p. 8-14. 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fo/article/view/5747/4854>>. Acesso em: 12 out. 2013.

SILVA, R. J. da; SEIXAS, Z. de A. Materiais e métodos de higienização para próteses removíveis. **Int. J. Dent.**, Recife, v. 7, n. 2, p. 125-132. abr-jun, 2008. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/ijd/index.php/exemplo/article/view/83/89>>. Acesso: 12 out. 2013.

TORRES-PEREIRA, C. C. et al . Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl., p. s30-s39, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 out. 2013.

WGO. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: disfagia. 2004. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/pt/pdf/guidelines/dysphagia_pt.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2013.

WHO (World Health Organization). **Constitution of the World Health Organization.** In: INTERNATIONAL HEALTH CONFERENCE, New York, 19-22 June, 1946. Disponível em: <<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>>. Acesso em: 6 maio 2013.

CAPÍTULO
07

TECNOLOGIAS ASSISTIVAS

*Humberto Gomes Vidal
Luiz Gutenberg Toledo de Miranda Coelho Junior*

A forma de interagir com as pessoas com deficiência vem sendo constantemente trabalhada, objetivando o suporte às suas necessidades, a modificação nos fatores socioambientais e o desenvolvimento de suas potencialidades.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu mais recente relatório sobre pessoas com deficiência, revelou que mais de 1 bilhão de pessoas no mundo têm algum tipo de deficiência, 110 milhões apresentam dificuldades significativas para exercerem atividades em suas vidas diárias, enfrentando barreiras em seu dia a dia que incluem: o estigma e a discriminação; a falta de cuidados de saúde e dificuldade de acesso aos serviços de reabilitação adequados; transportes, edificações e informações inacessíveis. O relatório recomenda que os governos e seus parceiros forneçam às pessoas com deficiência acesso a todos os principais serviços, investimento em programas específicos e adoção de uma estratégia nacional com plano de ação para atender suas necessidades (OMS, 2012).

Como vimos anteriormente, 23,91% da população brasileira possuem algum tipo de deficiência (IBGE, 2012). Cabe ao profissional de saúde ajudar essas pessoas a promoverem uma melhor interação entre suas limitações e os obstáculos que impedem sua participação na sociedade, causados ou agravados pela condição socioeconômica. Para auxiliar nessa tarefa, lança-se mão de recursos tecnológicos de saúde, que podem resultar na melhoria da qualidade de vida da população, na promoção da saúde, na prevenção de deficiências e agravos, influenciando as práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas.

O sucesso do tratamento odontológico à pessoa com deficiência implica a construção de vínculos positivos entre a equipe de saúde

bucal, o paciente e sua família e a simplificação tecnológica ou adaptação de equipamentos para proporcionar um atendimento mais adequado às necessidades desses pacientes. Sendo assim, a equipe de saúde bucal tem a obrigação de oferecer não apenas o tratamento mas também os meios para sua manutenção, como a orientação para uma boa higiene bucal, proporcionada em muitos casos, por meio de simples adaptações de instrumentos e procedimentos adequados, de acordo com a necessidade de cada paciente, respeitando-se as particularidades de cada tipo de limitação.

Tecnologia Assistiva (TA) é um termo ainda pouco conhecido, utilizado para identificar os recursos e serviços que ajudam a proporcionar ou ampliar habilidades funcionais de pessoas com deficiência (SARTORETTO; BERSCH, c2013).

ATA se traduz em meios para universalizar o acesso de pessoas com deficiências física, mental ou motora a ambientes, serviços e ações do seu dia a dia. Existem 11 tipos ou categorias de TA, cada uma com suas características, como veremos a seguir:

- 1. Auxílios para a vida diária:** composta por materiais e produtos para auxílio em tarefas rotineiras, tais como comer, cozinhar, vestir-se, tomar banho e executar necessidades pessoais, manutenção da casa, etc.
- 2. Comunicação Suplementar e Alternativa e Comunicação Ampliada e Alternativa – (CSA e CAA):** são os recursos, eletrônicos ou não, que permitem a comunicação expressiva e receptiva das pessoas sem a fala ou com limitações desta. São muito utilizadas as pranchas de comunicação com os símbolos *Picture Communication Symbols* (PCS) ou *Bliss* (*Blissymbolics* - Sistema Bliss de Comunicação Pictográfica), além de vocalizadores e softwares dedicados a esse fim.
- 3. Recursos de acessibilidade ao computador:** equipamentos de entrada e saída (síntese de voz, Braille), auxílios alternativos de acesso (ponteiras de cabeça, de luz), teclados modificados ou alternativos, acionadores, softwares especiais (de reconhecimento de voz, etc.), que permitem às pessoas com deficiência usarem o computador.
- 4. Sistemas de controle de ambiente:** sistemas eletrônicos, que permitem às pessoas com limitações moto-locomotoras controlar remotamente aparelhos eletroeletrônicos, sistemas de segurança, entre outros, localizados em seu quarto, sala, escritório, casa e arredores.

5. **Projetos arquitetônicos para acessibilidade:** adaptações estruturais na casa e/ou ambiente de trabalho, como rampas, elevadores, adaptações em banheiros, entre outras, que retiram ou reduzem as barreiras físicas, facilitando a locomoção da pessoa com deficiência.
6. **Órteses e próteses:** troca ou ajuste de partes do corpo, faltantes ou com funcionamento comprometido, por membros artificiais ou outros recursos ortopédicos (talas, apoios etc.).
7. **Adequação postural:** adaptações para cadeira de rodas ou outro sistema de sentar, visando ao conforto e à distribuição adequada da pressão na superfície da pele (almofadas especiais, assentos e encostos anatômicos) bem como posicionadores e contenedores que propiciam maior estabilidade e postura adequada do corpo por meio do suporte e posicionamento de tronco/cabeça/membros.
8. **Auxílios de mobilidade:** cadeiras de rodas manuais e elétricas, bases móveis, andadores, scooters de 3 rodas e qualquer outro veículo utilizado na melhoria da mobilidade pessoal.
9. **Auxílios para cegos ou com visão subnormal:** incluem lupas e lentes, Braille, equipamentos com síntese de voz, grandes telas de impressão, sistema de TV com aumento para leitura de documentos, publicações, etc.
10. **Auxílios para deficientes auditivos:** incluem vários equipamentos (infravermelho, FM), aparelhos para surdez, telefones com teclado – teletipo (TTY), sistemas com alerta tátil-visual.
11. **Adaptações em veículos:** acessórios e adaptações que possibilitam a condução do veículo, elevadores para cadeiras de rodas, camionetas modificadas e outros veículos automotores, usados no transporte pessoal.



GLOSSÁRIO

Scooters são veículos elétricos, ou não, que auxiliam o deslocamento do indivíduo em espaços amplos abertos ou fechados (parques, shoppings e supermercados).



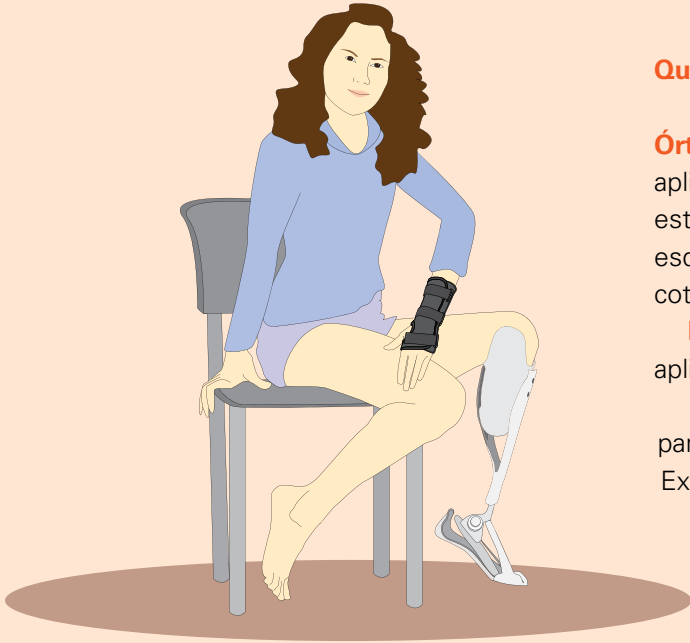
VOCÊ SABIA

Qual a diferença entre órtese e prótese?

Órteses ou dispositivos ortóticos - são dispositivos aplicados externamente para modificar as características estruturais e funcionais dos sistemas neuromuscular e esquelético. Exemplo: órtese para extensão do punho e cotovelo, utilizada para paciente com deficiência múltipla.

Próteses ou dispositivos protésicos - são dispositivos aplicados

externamente para substituir total ou parcialmente uma parte do corpo ausente ou com alteração da estrutura. Exemplo: prótese para amputação dos metatarsianos.



7.1 ACESSIBILIDADE

A acessibilidade elimina barreiras arquitetônicas, dispõe de meios de comunicação, equipamentos e programas adequados às necessidades das pessoas com deficiência de forma que recebam informações em formatos que atendam às suas necessidades (ACESSIBILIDADE..., [20--?]).

Segundo o relatório da OMS sobre acessibilidade, os ambientes – físico, social e comportamental – podem incapacitar as pessoas com deficiências ou, se bem estruturados, fomentar sua participação e inclusão como cidadãos. A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) chama a atenção para a necessidade de proporcionar ao deficiente o acesso aos edifícios e às estradas, ao transporte, à informação e à comunicação (OMS, 2012).

Visando facilitar e padronizar a acessibilidade, em 2004, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) editou a Norma Brasileira 9050 (NBR – 9050:2004), que estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto, da construção, da instalação e adaptação de edificações, do mobiliário, dos espaços e equipamentos urbanos para as condições de acessibilidade. Foram consideradas diversas condições de mobilidade e de percepção do

ambiente com ou sem a ajuda de aparelhos específicos ou qualquer outro que venha a complementar necessidades individuais (ABNT, 2004).



SAIBA MAIS

Para ampliar seus conhecimentos, leia a NBR 9050/2004 em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_24.pdf> (ABNT, 2004).



PARA REFLETIR

Sua unidade de saúde está apta à receber pacientes com deficiência? Identifique as dificuldades de acessibilidade que podem ser encontradas.

Para facilitar a identificação de locais exclusivos ou adaptados às necessidades de pessoas com deficiência, foi desenvolvido o Símbolo Internacional do Acesso, que é utilizado em qualquer lugar do mundo, representado conforme a figura 1.

Figura 1 – Símbolo internacional do acesso



Esse símbolo também deve ser encontrado nas unidades de atenção à saúde, indicando os acessos e serviços disponíveis para esses pacientes.

Fonte: (UFPE, 2013).

7.2 TÉCNICAS PARA AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

O paciente com deficiência pode apresentar aumento do risco de desenvolvimento de cáries e doenças periodontais. Isso ocorre por diversos fatores, como falta de controle sobre movimentos involuntários, dificuldade de abertura de boca, falta de habilidade motora, diminuição de fluxo salivar, má oclusão, respiração oral, entre outros.

Seja por fatores relacionados à própria deficiência ou aos efeitos colaterais de tratamentos ou medicamentos, a higiene bucal deve ser feita de forma eficiente pelo paciente, familiares, cuidadores ou equipe de saúde, no caso de pacientes internados.

Diversos são os meios para auxiliar a higienização desses pacientes, seja por meio de aparelhos e equipamentos ou de adaptações simples e caseiras de artifícios existentes no mercado. Essas adaptações são chamadas de simplificações tecnológicas e objetivam a melhora da qualidade do atendimento, a redução do tempo da consulta, o conforto do paciente e a estabilização de movimentos involuntários, diminuindo os riscos de acidentes.

FACILITADORES DO DIA A DIA

O Catálogo Nacional de Produtos de Tecnologia Assistiva (BRASIL, [20--?]) disponibiliza a relação de produtos que facilitam a vida dos pacientes com deficiência e idosos, como os facilitadores de empunhadura, que servem para auxiliar a utilização de acessórios e podem ser adaptados em escovas de dente, lápis e talheres (Quadro 1). Esse catálogo é um serviço de informação de produtos, lançado como parte do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite.

Quadro 1 – Facilitadores do dia a dia



Fonte: (BRASIL, [20--?]).

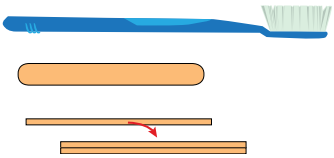
ESCOVAS

As escovas de dente utilizadas por pacientes com deficiência podem apresentar modificações ou adaptações caseiras. Equipamentos adaptadores são encontrados no mercado, como os engrossadores de cabo. Também é possível se utilizarem escovas elétricas, que normalmente funcionam com pilhas e dispensam a necessidade de movimentos complexos de escovação (PEIXOTO et al., 2010).

Um dos objetivos da adaptação da escova de dente é a melhoria da empunhadura pelo deficiente e, com essa intenção, o espessamento do cabo pode ser um meio eficiente de otimizar a empunhadura. Dentre os meios artesanais de espessamento, podem ser utilizadas palhetas afastadoras de língua, bolas de fisioterapia para as mãos e escova de unhas.

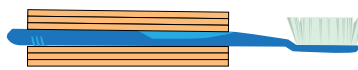
O quadro 2 demonstra esquematicamente como proceder à montagem de palhetas com a finalidade de aumentar a empunhadura da escova pelo paciente deficiente.

Quadro 2 – Espessamento de cabo de escova de dente com palhetas



Passo 1

Forme duas pilhas de palhetas, com espessura suficiente para que, juntamente com o cabo da escova, possam fornecer uma boa empunhadura. Pode ser necessário o corte das palhetas para melhor adaptação à escova (cuidado para não deixar farpas ou rebarbas cortantes de madeira).



Passo 2


Com uma técnica de sanduíche, as palhetas são adicionadas em ambos os lados do cabo da escova. Para facilitar, pequenas gotas de cola rápida podem ser adicionadas entre as camadas de palhetas e a escova.

Materiais

Escova de dente
A escova deve, preferencialmente, possuir cabo regular e mais retilíneo.

Escova de limpar unhas
Dependendo do tamanho da mão do usuário pode ser usado uma escova de serviços gerais, que comumente são um pouco maiores.

Fita adesiva ou parafuso




Passo 3

Após o posicionamento, uma imobilização com fita crepe é feita, unindo-se as palhetas e o cabo da escova.

Fonte: (UFPE, 2013).

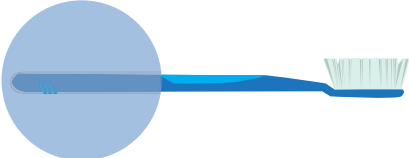
Utilizar bolas de fisioterapia para as mãos, colocadas nos cabos das escovas de dente se constitui em outra técnica que possibilita melhoria da empunhadura, como se demonstra esquematicamente no quadro 3.

Quadro 3 – Espessamento de cabo de escova de dente com bola de fisioterapia



Passo 1

Deve ser procedido um furo regular (proporcional à espessura do cabo da escova) no sentido do raio da circunferência da bola. A perfuração poderá atingir ou não o lado oposto, dependendo da localização desejada para a bola, de acordo com a necessidade do paciente.



Passo 2

Sua fixação poderá ser feita por pressão, quando o próprio furo (um pouco menor que a espessura da escova) contiver a escova satisfatoriamente ou com ajuda de adesivo ou cola para sua estabilização na posição.

Materiais

Escova de dente
A escova deve, preferencialmente, possuir cabo regular e mais retilíneo.

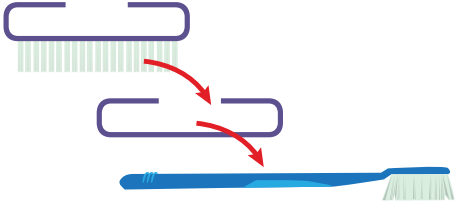
Bola
A bola deve ser maciça, como bolas de fisioterapia para as mãos. Evite as bolas ocas, como de tênis ou frescobol, elas não servem para esse fim.

Fita adesiva ou cola caso necessário

Fonte: (UFPE, 2013).


Para proporcionar melhor empunhadura, a utilização de escovas de limpar unhas se constitui como a terceira maneira de se adaptar a escova de dente às necessidades de um paciente com deficiência, como se demonstra no quadro 4.

Quadro 4 – Espessamento de cabo de escova de dente com escova de limpar unhas



Passo 1

Remova todas as cerdas da escova para unhas, e alise sua superfície inferior.



Passo 2

A fixação poderá ser feita com fitas adesivas ou introduzindo-se dois parafusos. Se usar parafusos, deve-se ter o cuidado de remover a porção do parafuso que ultrapasse o cabo, para evitar acidentes.

Materiais

Escova de dente
A escova deve, preferencialmente, possuir cabo regular e mais retilíneo.

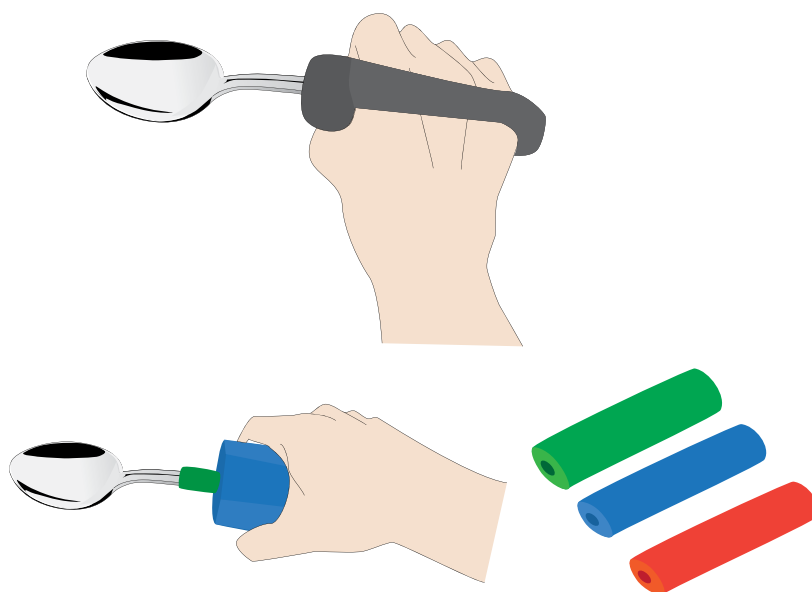
Escova de limpar unhas
Dependendo do tamanho da mão do usuário pode ser usado uma escova de serviços gerais, que comumente são um pouco maiores.

Fita adesiva ou parafuso

Fonte: (UFPE, 2013).

Com custo relativamente baixo, os adaptadores e engrossadores para cabos de escova de dente podem ser encontrados em lojas e sites especializados em equipamentos para deficientes, sendo estes simples e fáceis de adaptação.

Figura 2 - Adaptadores e engrossadores para cabos



Fonte: (UFPE, 2013).

ESCOVAS ELÉTRICAS

As escovas elétricas são uma opção confiável para pacientes com deficiência, pois permitem uma boa qualidade de higienização sem a necessidade de o usuário ter de executar movimentos repetitivos e complexos para promover a remoção da placa bacteriana. Essas escovas possuem custo acessível, podem ser recarregáveis ou de funcionamento a pilhas. Possuem, ainda, as suas cerdas cambiáveis, permitindo que o mesmo aparelho seja utilizado por mais de uma pessoa, além da substituição da ponta ativa quando as cerdas estiverem desgastadas e deformadas.

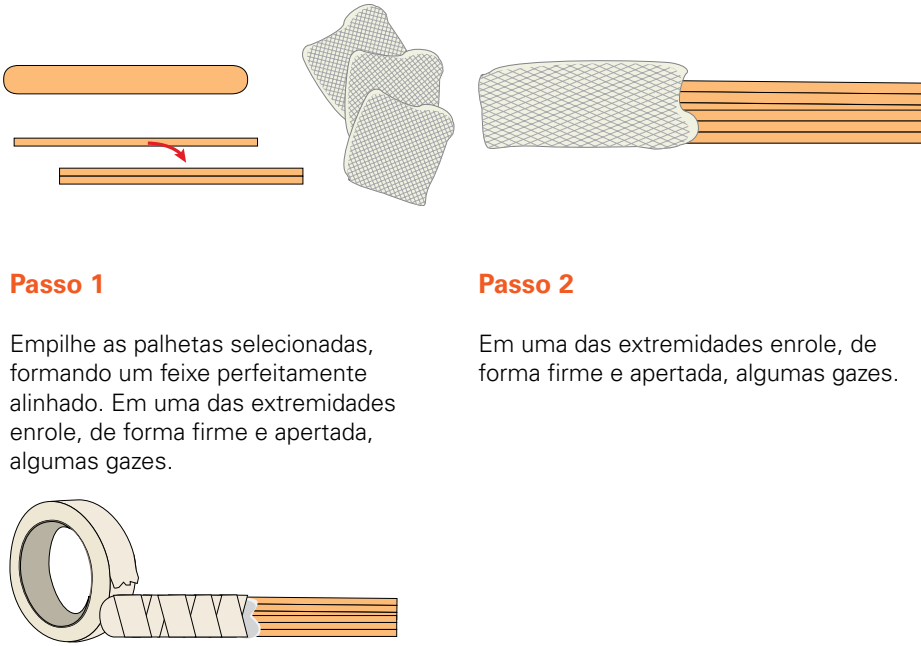
7.3 PRÁTICA CLÍNICA

A equipe de saúde bucal pode utilizar diversas manobras de fácil execução e a manufatura de dispositivos simples no atendimento a pacientes com deficiência, com o objetivo de facilitar ou possibilitar a execução de procedimentos odontológicos.

ABRIDORES DE BOCA

Com materiais facilmente encontrados no consultório, é possível se confeccionarem rapidamente dois tipos de abridores de boca, utilizando-se afastadores de língua ou sugadores. Deve ser evitado o uso dos abridores de boca, manufaturados do tipo Jong, pois é difícil sua estabilização na boca do paciente. A seguir, serão demonstrados como montar esses dispositivos.

Quadro 5 – Abridor de boca manufaturado com afastador de língua



Passo 1

Empilhe as palhetas selecionadas, formando um feixe perfeitamente alinhado. Em uma das extremidades enrole, de forma firme e apertada, algumas gazes.

Passo 2

Em uma das extremidades enrole, de forma firme e apertada, algumas gazes.

Passo 3

Envolve as gazes e palhetas com várias camadas de fita adesiva.

Observação: a extremidade imobilizada com a fita adesiva deve ser utilizada para manter a abertura da boca do paciente.

Materiais

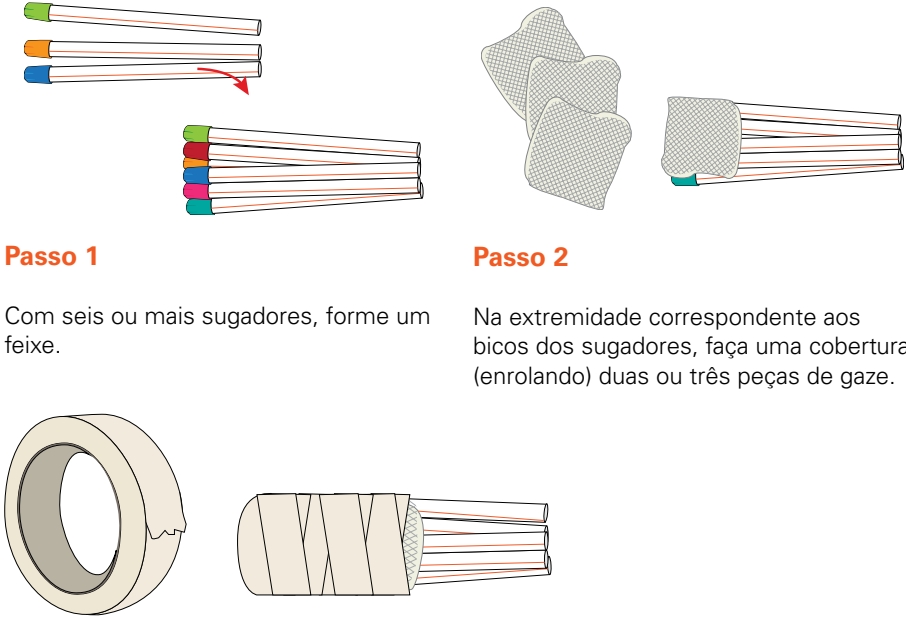
Palhetas afastadoras de língua
Aproximadamente 6 palhetas.

Gaze

Fita adesiva

Fonte: (UFPE, 2013).

Utilizando-se a técnica anterior, mas mudando, apenas, o material básico (agora usamos sugadores), torna-se possível confeccionar outro abridor de boca. Não existe vantagem aparente de um método sobre o outro, apenas a conveniência de possuir o material para a confecção deste no estoque de sua unidade de saúde.

Quadro 6 – Abridor de boca manufaturado com sugador

Passo 1

Com seis ou mais sugadores, forme um feixe.

Passo 2

Na extremidade correspondente aos bicos dos sugadores, faça uma cobertura (enrolando) duas ou três peças de gaze.

Passo 3

Fixe o material firmemente enrolando os sugadores e as gazes com fita adesiva. O feixe de sugadores, protegido por gaze, forma um bloco consistente que não se desfaz ao sofrer fortes mordidas.

Materiais

Sugador odontológico descartável
Aproximadamente 6 sugadores.

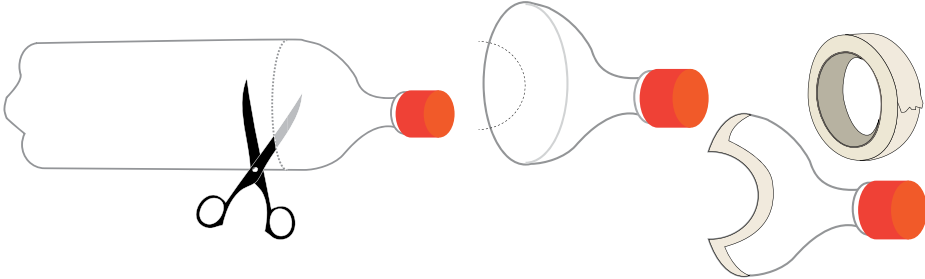
Gaze

Fita adesiva

Fonte: (UFPE, 2013).

DEDEIRAS

As dedeiras, além de protegerem o dedo polegar do cirurgião-dentista, auxiliam como abridores de boca. No quadro 7, vemos como manufaturar uma dedeira com garrafa tipo PET.

Quadro 7 – Dedeira manufaturada com garrafa PET

Materiais

- Garrafa PET
- Fita crepe
- Tesoura

Passo 1

Lave a garrafa e recorte a porção da tampa da garrafa em formato de funil.

Passo 2

Desenhe um alívio em forma de meia-lua para encaixar o dedo polegar. Recorte o alívio e cubra as arestas e bordas com fita crepe.

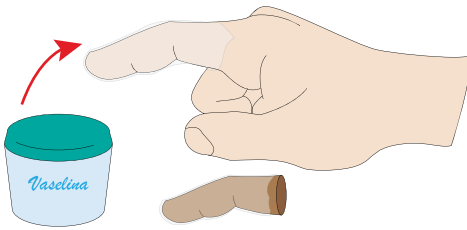
Passo 3

A dedeira poderá ser usada no polegar ou nos demais dedos, dependendo de sua necessidade.

Fonte: (UFPE, 2013).

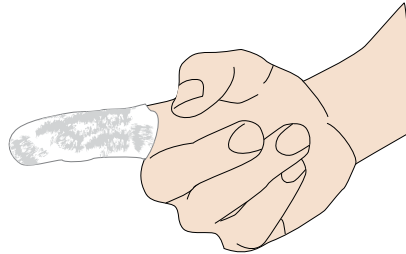
Utilizar resina acrílica é outra forma de manufaturar dedeira. A vantagem dessa técnica é maior estabilidade em seu manuseio, e a desvantagem é a possibilidade de fratura da estrutura, caso a espessura da dedeira esteja muito fina. A técnica de manufatura é descrita no quadro 8.

Quadro 8 – Dedeira manufacturada com resina acrílica



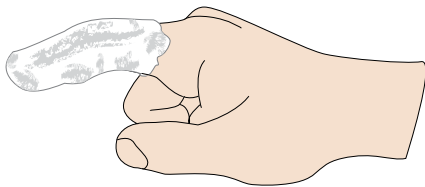
Passo 1

Isole seu dedo indicador (ou modelo) com vaselina.
Dobre levemente o dedo (15 graus).



Passo 2

Envolva o dedo com a resina quando esta estiver em estado arenoso para plástico.
Remova quando iniciar a reação exotérmica (aquecer).



Passo 3

A dedeira protegerá seu dedo e ajudará a manter a boca do paciente aberta.

Materiais

Vaselina

Resina acrílica
autopolimerizável

Fonte: (UFPE, 2013).

REFERÊNCIAS

ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas). **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.**

NBR 9050:2004. Rio de Janeiro: ABNT, 2004. 97p. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_24.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

ACESSIBILIDADE Brasil. **O que é acessibilidade?** [20--?]. Disponível em: <www.acessobrasil.org.br/index.php?itemid=45>. Acesso em: 29 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. **Catálogo Nacional de Produtos de Tecnologia Assistiva.** [20--?]. Disponível em: <<http://assistiva.mct.gov.br/catalogo/iso>>. Acesso em: 29 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atensaudecomdefic.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

BRASIL. **Portaria Nº 1.060/GM, de 05 de junho de 2002.** 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1060.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

IBGE. Banco de Dados Agregados. Censo Demográfico e Contagem da População. **Censo demográfico 2010:** características gerais da população, religião e deficiência. 2012. Disponível em: <www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010CGP.asp?o=13&i=P>. Acesso em: 5 dez. 2012.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Relatório mundial sobre a deficiência.** Tradução de Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: EDPcD, 2012. 334 p.

PEIXOTO, I. T. A. et al. Auxiliary devices for management of special needs patients during in-office dental treatment or at-home oral care. **IJD - International Journal of Dentistry**, Recife, v. 9, n. 2, p. 85-89, abr./jun., 2010. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/ijd/index.php/exemplo/article/view/241/205>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

SARTORETTO, M. L.; BERSCH, R. Assistiva: tecnologia e educação. **Tecnologia assistiva**. c2013. Disponível em: <<http://www.assistiva.com.br/tassistiva.html>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

SOBRE OS AUTORES

Adelaide Caldas Cabral

Fonoaudióloga, Sanitarista, Especialista em Voz e Gestão em Saúde Pública. Possui Mestrado em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco. Exerceu o cargo de Diretora do Distrito Sanitário IV na Secretaria de Saúde do Recife e de Secretária de Saúde do Cabo de Santo Agostinho. Atualmente responde pela Secretaria Executiva de Regulação em Saúde do Estado de Pernambuco.

Adriana Conrado de Almeida

Graduada em Enfermagem, com especialização em Assistência de Enfermagem em UTI e Emergência. Possui Mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e Doutorado em Saúde Materno-Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. Foi Instrutora dos cursos de formação na área de Atendimento Pré-hospitalar (APH) Móvel para implantação do SAMU Recife e do Grupamento de APH do Corpo de Bombeiros de Pernambuco. Atualmente, atua como Professora da disciplina de Emergência da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da UPE e da Fundação do Ensino Superior de Olinda.

André Cavalcante da Silva Barbosa

Graduado em Odontologia pela Universidade de Pernambuco. Possui Mestrado em Odontologia com ênfase em clínica integrada pela UFPE. Doutorando em Odontologia com ênfase em clínica integrada pela UFPE. Especialista em Dentística pela Universidade do Estado do Amazonas. Prestou serviço voluntário na Sociedade Pestalozzi da cidade de Manicoré (AM), Atuou como Professor Substituto da Universidade Federal do Amazonas e Orientador da atividade de extensão “Sorriso especial” desenvolvida para pessoas com deficiência no abrigo Moacyr Alves, em Manaus (AM).

Arnaldo de França Caldas Jr.

Cirurgião-dentista graduado pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE). Pós-Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública pela Universidade de Londres. Mestre e Doutor em Odontologia em Saúde Coletiva pela FOP/UPE. Especialista em Odontologia para Pessoas com Necessidades Especiais. Professor Adjunto das Faculdades de Odontologia da Universidade Estadual e Federal de Pernambuco (UPE e UFPE). Coordenador Adjunto da área da Odontologia na CAPES/MEC. Coordenador dos cursos de Especialização e Capacitação em Odontologia para Pessoas com Necessidades Especiais da UPE. Coordenador do Núcleo de Teleodontologia da UFPE.

Cintia Regina Tornisiello Katz

Graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP, Possui Especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP/UPE) e Doutorado em Odontopediatria (FOP/UPE). Professora Adjunta da disciplina de Odontopediatria da FOP/UPE e Coordenadora da área de concentração Odontopediatria do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da FOP/UPE.

Eduardo Henriques de Melo

Graduado em Odontologia. Possui Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco e Mestrado em Ensino das Ciências pela Universidade Federal Rural de Pernambuco. Especialista em Odontologia para Pacientes Portadores de Necessidades Especiais pela Universidade de Pernambuco.

Eliane Helena Alvim de Souza

Graduada em Odontologia pela Universidade de Pernambuco e Docente dessa instituição desde 1989. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela mesma instituição de ensino superior, tendo coordenado o mestrado nessa área durante quatro anos. Atualmente, coordena o Programa de Mestrado em Perícias Forenses. Atua como Docente e Consultora em Metodologia Científica nos cursos de especialização nas áreas de Endodontia e Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.

Evelyne Pessoa Soriano

Cirurgiã-dentista graduada pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (UPE). Professora Adjunta e Orientadora no Mestrado em Perícias Forenses da Faculdade de Odontologia da UPE. Doutora em Saúde Coletiva pela UPE. Especialista em Odontologia Legal pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Graduada em Direito pela Faculdade Marista (PE).

Humberto Gomes Vidal

Cirurgião-dentista graduado pela Universidade de Pernambuco (1992), pós-graduado em Periodontia (1996), Especialista em Implantodontia (2002), Mestre em Perícias Forenses (2010). Colaborador na disciplina de Metodologia Científica da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (2010-2013). Colaborador em cursos de especialização em Periodontia, Implantodontia e Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.

José Rodrigues Laureano Filho

Cirurgião-dentista pela Universidade Federal de Pernambuco. Especialista, Mestre e Doutor em Cirurgia Bucomaxilofacial pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP e Pós-Doutor em Cirurgia Ortognática - Kaiser Oakland Medical Center/University of Pacific (EUA). Professor Associado da disciplina de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (UPE) e Cirurgião Bucomaxilofacial do Hospital da Restauração.

Josiane Lemos Machiavelli

Possui graduação e mestrado em Odontologia. Integra a equipe do grupo SABER Tecnologias Educacionais e Sociais da Universidade Federal de Pernambuco. Este grupo pesquisa e desenvolve modelo de processo para planejamento pedagógico e instrucional de cursos a distância e semipresenciais, objetos de aprendizagem e soluções tecnológicas para apoio ao ensino mediado por tecnologia. É Coordenadora Técnica da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) | Universidade Federal de Pernambuco. Colabora no planejamento e desenvolvimento de cursos de especialização, aperfeiçoamento e atualização, a distância e semipresenciais, para trabalhadores do Sistema Único de Saúde por meio da Universidade Aberta do SUS do Ministério da Saúde.

Kátia Maria Gonçalves Marques

Graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP. Mestre e Doutora em Odontologia na FOP. Cirurgiã-dentista do Hospital da Fundação HEMOPE. Professora de Terapêutica do Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva da Universidade Federal de Pernambuco.

Luiz Alcino Monteiro Gueiros

Professor Adjunto da disciplina de Estomatologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE e Membro permanente do seu Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFPE. Graduado em Odontologia e Especialista em Estomatologia pela UFPE, Mestre em Diagnóstico Bucal pela Universidade Federal da Paraíba e Doutor em Estomatopatologia pela UNICAMP.

Luiz Gutenberg Toledo de Miranda Coelho Junior

Cirurgião-dentista, Especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares, Mestre e Doutor em Odontologia em Saúde Coletiva. Professor Assistente da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco campus Arcoverde. Professor do curso de especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco.

Márcia Maria Vendiciano Barbosa Vasconcelos

Especialista em Odontopediatria pela Universidade Federal de Pernambuco. Possui Mestrado em Odontologia e Doutorado em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora Adjunta do Curso de Odontologia e Vice-coordenadora da Comissão de Ética no Uso de Animais do Centro de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Marcus Vitor Diniz de Carvalho

Médico graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professor Adjunto e Orientador no Mestrado em Perícias Forenses da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (UPE). Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre em Patologia pela UFPE. Médico do Trabalho com Curso de Especialização pela UFPE. Especialista em Diagnóstico por Imagem com Residência Médica no Hospital das Clínicas da UFPE.

Maurício Cosme de Lima

Graduado em Pedagogia pela Universidade Federal de Pernambuco (2004). Especialista em Coordenação Pedagógica pela Faculdade para o Desenvolvimento de Pernambuco. É Professor da Secretaria de Educação de São Lourenço da Mata, com atuação no Ensino Fundamental I. Ministra aulas e desenvolve projetos didáticos, com ênfase em interdisciplinaridade e inclusão social. Professor da Faculdade Joaquim Nabuco no curso de Pedagogia, na disciplina Tópicos Integradores, com ênfase na elaboração de projetos e pesquisas em Educação Especial.

Reginaldo Inojosa Carneiro Campello

Graduado em Odontologia pela Sociedade Caruaruense de Ensino Superior e em Medicina pela Fundação de Ensino Superior de Pernambuco. Tem Mestrado e Doutorado em Odontologia pela Universidade de Pernambuco. Foi Pró-reitor de Desenvolvimento Institucional e de Extensão da Universidade de Pernambuco até 2006 e Vice-reitor até 2010. Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia de Pernambuco e da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco, ambas da Universidade de Pernambuco (UPE). Coordenador do Mestrado em Perícias Forenses da UPE. Médico legista aposentado do estado de Pernambuco. Consultor bolsista do Ministério da Saúde.

Renata Cimões Jovino Silveira

Pós-doutora em Periodontia (Eastman Dental Institute, Londres); Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, Especialista em Periodontia (ABO-PE). Professora Adjunta de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Coordenadora da especialização em Implantodontia da UFPE e membro permanente da pós-graduação em Odontologia da UFPE. Desenvolve pesquisas na área de Periodontia e Implantodontia, com ênfase em diabetes, genética e epidemiologia.

Roseane Serafim Costa

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Especialista em Odontologia Social pela Fiocruz. Especialista em Odontogeriatrics pelo Conselho Federal de Odontologia. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco (UPE). Docente da Faculdade de Odontologia de Pernambuco na disciplina de Clínica Integrada II e no Curso de Especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.

Verônica Maria de Sá Rodrigues

Especialista em Odontopediatria pela Universidade de Pernambuco. Especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares (Universidade Camilo Castelo Branco) e em Ortodontia (Associação Brasileira de Ensino Odontológico). Mestre e Doutora em Dentística-Endodontia (Universidade de Pernambuco). Professora Adjunta de Clínica Integrada (Universidade de Pernambuco) e Professora do Curso de Especialização em Pacientes com Necessidades Especiais (Universidade de Pernambuco).

Execução



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva



Apoio



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

PROEXT
PRO-REITORIA DE EXTENSÃO



Liber
Tecnologia do conhecimento

Financiamento

Ministério da Saúde



Ministério da Saúde



Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde



9 788541 1506403