

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA CRIANÇAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA VISUAL

DENTAL CARE TO CHILDREN WITH VISUAL IMPAIRMENT

BRUNA BONACIN COELHO^{1*}, SUZIMARA DOS REIS GÉA OSÓRIO²

1. Aluna de Graduação em Odontologia da Faculdade Ingá- Uningá. Maringá-Paraná; 2. Professora da Faculdade Ingá – Uningá Maringá – Paraná.

* Rua Clementina Basseto, 412 apto 12, Zona 07, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87030-110. bruna_bonacin@hotmail.com

Recebido em 20/08/2014. Aceito para publicação em 26/08/2014

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a interação entre o dentista e pacientes deficientes visuais. A maioria dos pacientes especiais pode ser tratado em um consultório odontológico normal. As maiores necessidades odontológicas da criança portadora de deficiência visual estão relacionadas com as suas dificuldades de aprendizado e manutenção de uma higiene bucal adequada, devido à falta de habilidade motora e estímulo para o desempenho desta atividade. Pode-se concluir que a formação do Cirurgião-Dentista deve ser consolidada na promoção de saúde bucal, a qual inclui a instrução de higiene por meio de técnicas adaptadas para deficientes visuais. Através da promoção da saúde bucal, o dentista pode mostrar ao indivíduo que a perda da visão não afetará sua vida independente principalmente no que diz respeito a saúde bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Portadores de deficiência visual, cárie dentária, saúde bucal.

ABSTRACT

The objective of this work was to conduct a bibliographical review concerning the interaction between the dentist and patients with visual impairment. Most of the patients with special conditions may be normally treated in the dental office. The main dental needs of children with visual impairment are related with their difficulties to learn and maintain adequate oral hygiene, due to low motor ability and stimuli to execute this activity. It can be concluded that the dentist formation may lead to the oral health promotion, which includes the hygienic instruction, via adapted technics, to visual impaired patients. By the oral health promotion, the dentist may show to the patient that the loss of vision is not affecting their independent life, mainly concerning their oral health.

KEYWORDS: Patients with visual impairment, dental caries and oral health.

1. INTRODUÇÃO

Pacientes com necessidades especiais (PNE) são indivíduos que apresentam alterações mentais, físicas, or-

gânicas, sociais e/ou comportamentais e necessita de atendimento diferenciado por um período ou por toda sua vida, estabelecendo, desta maneira, o direito a uma vida digna¹. Aproximadamente 10% dos brasileiros são atingidos por algum tipo de deficiência e 0,7% deste total correspondem aos portadores de deficiência visual².

A deficiência visual pode ser classificada em dois grupos: os deficientes visuais parciais (pessoas que têm visão residual que permite leitura e escrita, como de costume, bem como a conclusão de certas tarefas), e os deficientes visuais (pessoas que não têm capacidade visual ou só podem perceber a luz ou escuro). A deficiência visual pode ser congênita, ou seja, presente ao nascimento, ou adquirida com a idade³.

A maioria dos pacientes especiais pode ser tratado em um consultório odontológico normal onde, além dos conhecimentos técnicos, o cirurgião-dentista necessita de habilidades especiais para o manejo destes materiais e muito senso humanitário, devolvendo a eles uma boa mastigação, além de outras melhorias e com isso, melhorando suas condições nutricionais e de desenvolvimento. O tratamento sob anestesia geral somente deve ser realizado nas situações em que realmente se fizer necessário⁴.

A assistência odontológica para esses pacientes deve ser uma prática rotineira e eficiente. O tratamento mais indicado seria a prevenção e o controle da saúde bucal, pois o tratamento restaurador muitas vezes não pode ser realizado em consultório e aquele realizado sob anestesia geral é um risco muito grande aos pacientes⁵.

As maiores necessidades odontológicas da criança portadora de deficiência visual estão relacionadas com as suas dificuldades de aprendizado e manutenção de uma higiene bucal adequada, devido à falta de habilidade motora e estímulo para o desempenho desta atividade. Estes pacientes devem ser motivados a realizarem sua higiene bucal sozinhos, através do estímulo sensorial do tato, com a exploração de materiais e figuras em auto relevo, para um melhor entendimento das características de sua cavidade bucal e dentes. A família deverá partici-

par ativamente no acompanhamento, motivação e, principalmente no reconhecimento das capacidades potenciais da criança cega⁶.

Para que se estabeleça uma boa comunicação durante o atendimento odontológico, são sugeridas algumas medidas para contornar as dificuldades encontradas no atendimento de deficientes visuais, fazer com ele possa situar-se no consultório sentindo o ambiente; devemos deixa-lo tocar em todos os elementos do consultório, e sempre relatar os procedimentos que estão sendo realizados⁷. O tratamento odontológico, sempre que possível, deve limitar-se a um único profissional.

As maiores necessidades odontológicas do deficiente visual estão relacionadas com as suas dificuldades de aprendizado e de manutenção de uma higiene bucal adequada, pois podem apresentar pouca habilidade motora para realizarem uma higiene bucal satisfatória e muitas vezes não permitem que seus cuidadores realizem⁸.

Com isso, notou-se que a prevalência de doença periodontal e condição bucal de pacientes deficientes visuais é maior do que nos com deficiência visual parcial. A saúde bucal pode ainda ser prejudicada, pela impossibilidade da detecção e reconhecimento precoce das doenças bucais, pelos sinais iniciais da doença carie e da doença periodontal (sangramento e inflamação gengival)².

A cárie dental está intimamente associada à higiene bucal. O comprometimento dos dentes pela cárie encontrado nestes pacientes se deve provavelmente não só pela anatomia dental, ação física e química da saliva, ação mecânica da língua, lábios e bochechas, como também, pela situação socioeconômica e cultural dos responsáveis por estes pacientes¹⁰.

Sabendo-se que o principal fator etiológico da doença carie e da doença periodontal é a placa bacteriana, a qualidade de higiene bucal realizada pelo deficiente visual deve ser satisfatória, com uma escovação dentária adequada associada ao fio dental. Sabe-se que mais importante do que a frequência diária é a qualidade da escovação¹¹.

Existem dificuldades quanto a conduta do cirurgião dentista (CD) frente ao tratamento com pacientes de todas as faixas etárias no tratamento odontológico para deficientes visuais. Com isso, este trabalho tem como objetivo apresentar, por meio de revisão de literatura, alguns aspectos que abordem o relacionamento do CD frente a estes pacientes.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Todos os artigos sobre o atendimento a pacientes com deficiência visual publicados na literatura de língua portuguesa e inglesa entre os anos de 2003 e 2010 serão revisados. A coleta dos trabalhos será realizada das bases de dados “SciELO” e “Google Acadêmico” com a utili-

zação dos termos “pacientes com deficiência visual” e “atendimento a pacientes especiais”. Os dados analisados serão as condições de higiene bucal e o atendimento odontológico frente a esses pacientes.

3. DESENVOLVIMENTO

Ettinger *et al.* (2004)¹² investigaram a relação da odontologia com a educação bucal a pacientes especiais de vários países. Utilizou de uma vasta abordagem, em vários países de especialidades odontológicas, abordando a educação bucal. Os países citados foram: EUA, Grã Bretanha, Nova Zelândia, Austrália. Não houve números que expliquem esta questão pois foi um método mais social de integralidade. A única mais frequente neste âmbito foi à Nova Zelândia. Os autores concluíram que nos vários países ainda existe necessidade de uma maior interação dentista pacientes com necessidades especiais.

Loan (2005)¹³ estudaram o grau de dificuldade que as crianças muitas vezes enfrentam por ser mais carentes neste aspecto odontológico e muitas vezes pela falta de instrução. Os dados foram coletados a partir de 208 clínicos, na faixa etária de 45 a 85 anos, os dados foram a base de um questionamento pessoal entre todos. Pois muda drasticamente o método de atendimento de um clínico geral. Em geral os dentistas não acham que tinham uma preparação satisfatória durante a graduação as necessidades especiais são vivenciadas a dificuldade ao acesso tanto do paciente quando do Dentistas, o que impede que a socialização e meios de atendimento sejam bem associados com as necessidades deparadas. Proporcionar uma dinâmica aplicada a serviços educativos e interar no currículo na formação de odontologia esta especificidade em especial.

Abreu *et al.* (2005)¹⁴ relataram o perfil psicológico e a percepção em relação aos cuidados de saúde bucal em cinco pacientes adultos, deficientes visuais e internos em uma associação da cidade de Lins/SP. A metodologia empregada consistiu na detecção do problema visual e na avaliação das condições de higiene bucal até então utilizadas. Baseado nos resultados, os pacientes foram orientados e motivados a realização dos cuidados necessários à saúde bucal. Os autores concluíram que os entrevistados têm baixa autoestima, o que contribui para a diminuição da perspectiva de vida diante da motivação de higiene bucal, limitando-se à rotina diária e à aceitação de sua condição de “escuridão”.

Cericato (2008)⁸ avaliaram o controle de placa dental e perda dental nos pacientes com deficiência visual. Por meio de um, questionário que incluía três áreas temáticas, constituindo-se de questões acerca do conhecimento popular, da percepção e das práticas cotidianas em saúde bucal dos deficientes visuais da Associação Catarinense para Integração do Cego. Após, foi avaliada a capacidade de controle de placa bacteriana por meio do índice de

controle de placa (ICP) em 48 pacientes deficientes visuais. Os resultados foram 70,83% relataram escovar os dentes mais do que duas vezes/dia. No entanto, quando a qualidade da escovação foi avaliada pelo ICP, notou-se que era adequada somente em 35,42% dos sujeitos. A análise estatística não mostrou relação significativa (5%) entre a condição visual e o ICP ($p = 0,4945$) e entre esse e o número de dentes perdidos (DP) ($p = 0,7929$). O mesmo ocorreu com a aplicação do teste de correlação de Spearman (5%) para a correlação entre tempo de deficiência visual e as variáveis ICP ($r = 0,168$; $p = 0,2534$) e DP ($r = 0,2703$; $p = 0,0631$). Em base desses dados pode se definir que a condição visual não pode ser considerada como fator de gravidade para a capacidade de controle de placa e perda de elementos dentários.

Os deficientes visuais necessitam de auxílio especial no aprendizado da utilização da escova e do fio dental. Aos pacientes com deficiência visual parcial, informações sobre higiene oral podem ser fornecidas impressas com letras grandes e escuras. Aos pacientes deficientes visuais, informações em áudio ou braile. As sugestões para os procedimentos preventivos e de cuidados a serem realizados em domicílio devem ser fornecidos ao paciente deficiente visual juntamente com a oportunidade dele se adequar as sugestões ao seu nível de habilidade. O sucesso de programas de higiene bucal para deficientes visuais envolve a criação de adaptações e rotinas que permitam que o indivíduo seja perfeitamente independente na higiene oral. Apesar da pouca habilidade motora para uma higiene bucal satisfatória, é possível, por repetidas instruções de escovação e profilaxias, realizarem técnicas adequadas de higienização e manterem a saúde bucal sem sinais de gengivite, doença periodontal e lesões cáries².

Souza Filho *et al.* (2010)⁹ avaliaram a saúde bucal dos deficientes visuais por meio da análise da prevalência de cárie e doença periodontal, além da autopercepção e acessibilidade aos serviços odontológicos. O universo estudado consistiu em 42 deficientes visuais, de ambos os gêneros, na faixa etária de 18 a 63 anos de idade, regularmente matriculados na Associação dos Cegos do Piauí – ACEP, em Teresina-PI. A média do índice CPO-D foi de 11,5, e 58% dos sextantes examinados apresentaram alterações periodontais. Realizaram-se questionamentos sobre a autopercepção em saúde bucal, e 83,2% dos entrevistados avaliaram a própria saúde bucal como excelente, boa ou regular. Além disso, 95,2% dos deficientes visuais relataram já ter ido ao cirurgião-dentista, mas apenas 30,9% disseram ter recebido orientações sobre saúde bucal nos últimos doze meses. Apesar dos deficientes visuais apresentarem uma auto-percepção em saúde bucal positiva e acesso aos serviços odontológicos adequado, essa população apresentou uma situação clínica insatisfatória, com elevado índice CPO-D e grande número de sextantes alterados e exclu-

ídos, devido ao grande número de dentes ausentes

Amante (2012)¹⁵ apresentaram alternativas que integra a ação do dentista a criança portadora de deficiência, como a interação de brinquedos. O foco não é expressivo em questões gráficas ou avaliar dados exatos, apenas facilitar o meio pelo qual o cirurgião pode alternar para melhor desempenho de seu trabalho. Concluíram que quando se utilizam brinquedos facilita a orientação de higiene bucal de pacientes com necessidades visuais.

Costa *et al.* (2012)¹⁶ procuraram demonstrar a efetividade de uma estratégia educacional em saúde bucal direcionada a crianças deficientes visuais, matriculadas em uma escola da cidade de Pelotas - RS. A estratégia foi empregada semanalmente, durante um mês. Utilizaram-se material lúdico-pedagógico, orientação através do tato e escovação supervisionada. A higiene bucal e o estado de saúde gengival dos 15 alunos com idades entre 7 e 16 anos foram avaliados através do índice de placa (IP) e índice de sangramento gengival (ISG), antes da intervenção, trinta e noventa dias após. Para avaliar a percepção, atitude e conhecimento quanto à saúde bucal, foi aplicado um questionário semiestruturado às crianças e aos seus cuidadores. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e teste T pareado. Após trinta dias, houve redução significativa do IP e ISG ($p = 0,001$), 80% reduziram o IP e 100%, o ISG. Após noventa dias, houve um aumento do ISG e do IP, porém sem diferença estatisticamente significativa, quando comparado ao exame de trinta dias. Os autores concluíram que a proposta educativa e preventiva utilizada neste estudo pode ser efetiva se pautada nos sentidos remanescentes destes pacientes, devendo ser regular e contínua.

Soares *et al.* (2014)¹⁷ avaliaram o conhecimento sobre saúde bucal de pais e cuidadores de crianças e adolescentes com deficiência, foram analisados por meio de estudo transversal o conhecimento e práticas em saúde bucal de 100 pais/cuidadores de crianças e adolescentes variando entre 08 meses a 24 anos de idade. A saúde bucal foi considerada boa por seus pais/cuidadores em 38% casos, regular também em 38%, ótima em 13%, ruim em 6% e péssima em 5%. 41 pais/cuidadores (41%) relataram escovar os dentes da pessoa com deficiência 3 vezes ao dia; 80 pais/cuidadores (80%) não utilizam o fio dental na higiene bucal das crianças com deficiência. 56 pessoas com deficiência (56%) colaboram durante a higiene bucal. 70% dos entrevistados tem conhecimento sobre o biofilme dentário, entretanto, 79% não sabem quais doenças ele pode causar. 58% afirmaram saber o que é a cárie dentária e 88% desconhecem a doença periodontal. Concluíram que os pais e cuidadores das pessoas com deficiência tenham apresentado atitudes positivas relacionadas à saúde bucal, de forma geral, os resultados observados indicam conhecimentos limitados sobre saúde bucal. É fundamental o estabelecimento de

ações educativas voltadas a esse público, uma vez que a participação da família e das pessoas que convivem com a pessoa com deficiência pode ser decisiva no sucesso do tratamento e na prevenção das doenças bucais.

4. CONCLUSÃO

O entendimento das habilidades e limitações dos deficientes visuais é importante para interação do Cirurgião-Dentista e paciente, facilitando a desenvolver uma abordagem odontológica e social de excelência. Deficientes visuais são capazes de manter adequada a própria saúde bucal, desde que seja fornecida motivação particularizada.

REFERÊNCIAS

- [1] Menezes AO, Smith TA, Passos CT, Pinheiro LC, Menezes HHF, Augusto S. Perfil dos pacientes com necessidades especiais de uma clínica de odontopediatria. Rev Bras em Prom da Saúde. 2011; 24(2):136-41.
- [2] Carvalho ACP, *et al.* Considerações no Tratamento Odontológico e Periodontal do Paciente Deficiente Visual; Revista Odontológica Brasileira Central 2010; 19(49).
- [3] Sampaio EF, César FN, Martins MGA. Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no instituto de previdência do estado do Ceará. Rev. Bras. em promoção da saúde. 2004; 17(03): 127-34.
- [4] Gonçalves J, Maciel MAS, Cordeiro PM, D'avilla S, Godoy AP, Alves RD, Lins RDAU. Avaliação da condição bucal e da ocorrência de manifestações orais em deficientes visuais assistidos no Instituto dos Cegos da Paraíba. Rev Odonto Ciência. 2009; 24(4):354-60.
- [5] Marta SN. Programa de assistência odontológica ao paciente especial: uma pesquisa de 13 anos. Rev Gaúcha de Odont. 2011; 59(03):379-85.
- [6] Resende, V.L.S.; Castilho, L.S.; Viegas, C.M.S.; Soares, M.A. Fatores de risco para a cárie em dentes deciduos de portadores de necessidades especiais. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. 2007; 7(2):111-17.
- [7] Rath IBS, Bosco VL, Almeida ICS, Moreira EAMo. Atendimento odontológico para crianças portadoras de deficiência. Arq. Odontol. 2011; 37(2):183-88.
- [8] Cericato GO, Fernandes APS. Implicações da deficiência visual na capacidade de controle de placa bacteriana e na perda dental. RFO. 2008; 13(2):17-21.
- [9] Souza Filho MD, Nogueira SDM, Martins MCC. Avaliação da saúde bucal de deficientes visuais em Teresina -PI. Arquivos de Odontologia. 2010; 45(2):66-74.
- [10] Oliveira LFA, Oliveira CCC, Gonçalves SRJ. Impacto de um programa de educação e motivação de higiene oral direcionado a crianças portadoras de necessidades especiais. Rev. Odontol. Clinico Cientifica. 2004; 03(3):187-92.
- [11] Brown D. (2008) An observational study of oral hygiene care for visually impaired children. BDS Dental Elective. <http://hdl.handle.net/1905/775>.
- [12] Ettinger RL, Chalmers J, Frenkel H. Dentistry for Persons with Special Needs: How Should It Be Recognized? Submitted for publication 3/23/04.
- [13] Loan PDBS, Samuel ZDDS, Marita RI, Dr. phil.habil. General Dentists and Special Needs Patients: Does Dental Education Matter? Submitted for publication 3/10/05; accepted 6/7/05.
- [14] Abreu MHNG, Paixão HH, Resende VLS, Pordeus IA. Mechanical and chemical home plaque control: a study of Brazilian children and adolescents with disabilities. Spec. Care Dentist. 2005; 22(2):59-64.
- [15] Amante CJ, Ferreira AM, Lieberknecht C, Warmling A, Olária CB. O brinquedo como recurso mediador para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais. Professor Adjunto do Departamento de Estomatologia da UFSC. Coordenador do projeto de extensão e do Curso de graduação em Odontologia da UFSC.
- [16] Costa FS, Neves LB, Bonow M LM, Azevedo MS, Scharcosim LR. Efetividade de uma estratégia educacional em saúde bucal aplicada a crianças deficientes visuais. RFO UPF. 2012; 17(1).
- [17] Soares J, Volpato LER, Castro PHS, Lambert NA, Borges, Carvalhosa ÁH. Avaliação do conhecimento sobre saúde bucal de pais e cuidadores de crianças e adolescentes com deficiência. J Health Sci Inst. 2014; 31(3):239-43.

