



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Darla Marrátilla Lima Franco de Freitas

SENTIR UM SORRISO: MANUAL DE ORIENTAÇÃO E PREVENÇÃO ODONTOLÓGICA EM PACIENTES COM DEFICIÊNCIA VISUAL

Palmas– TO

2018

Darla Marrátilla Lima Franco de Freitas

**SENTIR UM SORRISO: MANUAL DE ORIENTAÇÃO E PREVENÇÃO
ODONTOLÓGICA EM PACIENTES COM DEFICIÊNCIA VISUAL**

Trabalho de Conclusão de Curso(TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Odontologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof. Ms. Luciana Marquez.

Palmas – TO

2018

Darla Marrátilla Lima Franco de Freitas

**SENTIR UM SORRISO: MANUAL DE ORIENTAÇÃO E PREVENÇÃO
ODONTOLÓGICA EM PACIENTES COM DEFICIÊNCIA VISUAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Odontologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof. Ms. Luciana Marquez

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ms. Luciana Marquez

Orientador

Profa. Dra. Tássia Silvana Borges

Profa. Ms. Marília Zeczowski

Palmas – TO

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu Deus, o todo poderoso, por ter me dado a oportunidade de fazer parte desse curso, pois desde início tem me ajudado em tudo que eu necessito e jamais tem me desamparado e sempre tem ouvido minhas súplicas e orações.

À minha mãe Claudecy Lopes Lima pelo o amor, apoio e incentivo. E que desde o início enfrentou obstáculos para realizar os meus sonhos sem medir nenhum esforço.

Ao meu esposo Glenison Matheus Soares de Freitas por ter me apoiado em todos os momentos.

Aos meus irmãos Sáyra Eduarda, Weverton Lima e Thiago de Lima por fazer parte da minha vida.

À minha orientadora Prof^a. Ms..Luciana Marquez por ter me ajudado em todos os momentos que tive dificuldade. Obrigado pelo carinho que você tem por mim e por ser essa pessoa maravilhosa e amável, não só comigo, mas com todas as pessoas.

Á Prof^a. Dr. Tássia Silvana Borges, pois mesmo não sendo minha orientadora me ajudou bastante nos momentos que precisei.

Às minhas amigas Sávia Alves, Luana Morais, Letícia Soares e Quesia Homrich por ter estado do meu lado me ajudando no que eu precisava.

Aos outros professores por ter me proporcionado o conhecimento durante o trajeto da minha formação acadêmica. E a todos que fizeram parte da minha formação acadêmica direta ou indiretamente, o meu muito obrigada.

"Não que sejamos capazes, por nós,
de pensar alguma coisa,
como de nós mesmos;
mas a nossa capacidade vem de Deus."

(2 Coríntios 3:5)

RESUMO

FREITAS, Darla Marrátilla Lima Franco de. **Sentir um sorriso: manual de orientação e Prevenção odontológica em pacientes com deficiência visual**. 2018. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Odontologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, 2018.

A cegueira é classificada como perda de visão total ou parcial. A pessoa com cegueira parcial apresenta condições de higiene oral melhores do que a com cegueira total. Esses indivíduos possuem pouca dinâmica motora para realizarem uma higienização bucal adequada, mas através de orientações odontológicas eles são capazes de realizarem sua própria higiene oral. Além disso, para que esses pacientes tenham uma orientação adequada é preciso que o cirurgião dentista esteja capacitado, tendo em vista que a maioria deles não tem conhecimento e nem preparo sobre essa população. Frente a isso foi elaborado neste trabalho, um manual de orientação e prevenção odontológica em pacientes com deficiência visual, para a melhor orientação de profissionais e acadêmicos de odontologia. O trabalho se caracteriza como uma revisão bibliográfica, tendo como base de dados o Google Acadêmico e tendo por finalidade metodológica uma pesquisa aplicada pois será empregado na Clínica Odontológica do Ceulp/Ulbra.

Palavras Chaves: cegueira, orientação, cirurgião-dentista.

ABSTRACT

FREITAS, Darla Marrátilla Franco File. **Feel a smile: manual of guidance and prevention in dental patients with visual impairment.** 2018. 40 f. Work of conclusion of course (graduation) – dentistry, Lutheran University Center of Palms, 2018.

Blindness is classified as partial or total vision loss. The person with partial blindness presents oral hygiene conditions better than with total blindness. These individuals have little driving dynamics to perform a proper oral hygiene but through dental guidelines they are able to conduct your own oral hygiene. In addition, for these patients have adequate guidance needs that the dental surgeon is qualified, considering that most of them do not have knowledge and or preparation on this population. That has been developed in this work, a Handbook of guidance and prevention in dental patients with visual impairment, for the best academic and professional guidance of dentistry. The work is characterized as a literature review, based on the Google Scholar and Scientific Electronic Library Online (Scielo), data and methodological purpose a applied research because it will be used in the dental clinic of the Ceulp/Ulbra.

Keywords: blindness, guidance, dental surgeon.

Key words: blindness, orientation, dental surgeon.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	7
1.3 OBJETIVOS.....	7
1.3.1 Objetivo Geral.....	7
1.3.2 Objetivos Especificos.....	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
3 METODOLOGIA.....	15
4 RESULTADO.....	16
5 DISCUSSÃO.....	17
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS.....	21
APÊNDICE.....	28

1. INTRODUÇÃO

A visão desempenha um importante papel no desenvolvimento psicomotor da criança, pois é através dela que entra em contato com o mundo, se esforça para alcançar objetos e imita os atos daqueles que estão a sua volta (RATH et al, 2001).

A capacidade visual do homem é considerada a mais alta. Abrange não só a acuidade visual, mas também a visão binocular, o campo visual, a visão das cores, a adaptação às diferentes luminosidades e a capacidade de resistência à ofuscação. Assim, um pequeno comprometimento na visão pode dar origem a uma deficiência importante (CLAYETTE et al., 1989).

Em torno de 10% dos brasileiros apresentam algum tipo de deficiência (BRASIL, 1992), e 0,7% deste total correspondem aos portadores de deficiência visual (MILLER, 1981). A deficiência visual acarreta necessidades especiais e compreende indivíduos com cegueira total e parcial, que podem ser decorrentes de várias causas isoladas ou associadas (MACIEL et al., 2009).

Segundo Rath et al. (2001), indivíduos com deficiência visual apresentam pouca habilidade motora para realizarem uma boa higiene bucal, podendo então levar ao acúmulo de placa bacteriana, e em seguida processo inflamatório e/ou doença cárie.

Considerando-se um grande número de brasileiros com deficiência visual, tal público pode ser um desafio aos cirurgiões dentistas, por essa condição inspirar atenção às situações e limitações destes pacientes, desde a adequação da clínica odontológica até o correto manejo e condutas a serem tomadas (ETTINGER RL, KAMBHU, 1992).

Tais agravos à saúde bucal podem estar associado a dificuldade no emprego adequado das técnicas necessárias para o controle de placa, e a falta de capacidade do profissional da odontologia em atender e dar auxílio a essa população (CARVALHO et al, 2004).

Esses pacientes procuram cuidados diferenciados de médicos e dentistas, portanto os profissionais da área da saúde devem ter entendimento sobre a situação do paciente e desta forma serem competente para oferecer um tratamento apropriado (RESENDE et al., 2005).

Pacientes deficientes visuais se esforçam em usufruir os outros sentidos, como o tato, a audição e o olfato, para averiguarem estímulos sensoriais e acumular o máximo possível de informações (ENGAR et al.,1977).

O tratamento odontológico fundamenta-se em eliminar ou contornar as dificuldades existentes em função de uma limitação, seja de ordem mental, física, sensorial, comportamental ou de crescimento (GUEDES-PINTO, 1988).

É de grande valia que o cuidado odontológico a esse público seja executado o mais rápido possível, visando prevenir problemas e complicações, além de criar hábitos que serão benéficos ao paciente por toda sua vida (TOLEDO, BEZERRA, 1998).

É de extrema importância utilizar materiais lúdico-pedagógicos para orientação do deficiente visual. Sem acesso a materiais gráficos (desenhos e figuras em relevo, por exemplo) em caso de aprendizagem, estamos reduzindo uma enorme possibilidade de conhecimento do mundo para o deficiente visual (NUNES e LOMÔNACO, 2010).

O objetivo é elaborar um manual orientação e prevenção odontológica em pacientes com deficiência visual. A finalidade é estudar as dificuldades dos paciente com problemas visuais em realizar higienização adequada e ensinar a importância de saúde bucal.

1.1. PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a importância de elaborar um manual de orientação e prevenção odontológica em pacientes com deficiência visual?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo Geral

Construir um manual de orientação e prevenção odontológica para colaborar com a saúde bucal do paciente com deficiência visual.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Estudar os métodos de orientação e prevenção adequada para deficientes visuais.
- Apontar como os deficientes visuais reconhece a presença de placa bacteriana.
- Apresentar as dificuldades dos deficientes visuais em realizar a higiene bucal.
- Elaborar um manual de condutas e manejos para orientação e prevenção em deficientes visuais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Definição e classificação da deficiência visual

A deficiência visual para Massi et al (2002) é definida como uma limitação sensorial que pode chegar a uma gravidade capaz de, aproximadamente, anular a capacidade de ver, envolvendo vários graus de acuidade visual e permitindo diversas classificações.

Miller (1981) definiu deficiente visual como todo aquele que não distingue nada com a visão, nem claro ou escuro. Para ela, a cegueira, quer dizer incapacidade de aperceber a luz.

A cegueira é classificada como um tipo de deficiência física e, segundo Faye e Barraga (1985), são considerados deficientes visuais os portadores de cegueira total e os com baixa visão.

As pessoas que têm perda de visão total possuem apenas a percepção da luz, porém não possuem visão nenhuma, alguns conseguem discernir claro de escuro, podendo até perceber alguns contornos de objetos próximos (HEIMERS, 1970).

A perda parcial da visão é outra condição que permite leitura e escrita, como de costume, bem como a finalização de certas tarefas. Indivíduos com cegueira parcial apresentam diversas dificuldades visuais, entre elas: dificuldade ou impedimento no campo central, visão “embaçada”, e campo visual restrito, a baixa visão tem maior predominância que a cegueira (CERICATO, 2008).

São indivíduos que podem enxergar, embora muito menos que outros indivíduos, e nas quais o uso de óculos comum não melhoram a visão (MIN, SAMPAIO e HADDAD, 2001).

A deficiência visual pode ser congênita, isto é, presente ao nascimento, ou adquirida com a idade (SAMPALIO, MARTINS, 2004).

As etiologias mais comuns das deficiências visuais são resultantes de doenças hereditárias, problemas relacionados ao processo de nascimento como infecções e retinopatia da prematuridade, catarata e glaucoma congênitos, diabetes e acidentes (SILVÉRIO et al., 2001).

No adulto, a baixa visão, está relacionada especialmente ao processo de envelhecimento, e uma das causas mais frequentes é a danificação da retina (SAMPALIO e CIBILS, 2000).

2.2. Dificuldade do deficiente visual em relação higiene bucal

Os deficientes visuais apresentam complicação em aprenderem a habilidade motora da escova e do fio dental, por essa razão precisam de um programa especial, onde se desfrutem de métodos como o tato e língua para perceber onde pode se encontrar placa aderida ao dente, ou técnicas que utilizem orientações verbais (STEWART et al., 1982).

Acredita-se que danos na saúde bucal desse público estão correlacionados a fatores inerentes à deficiência visual, como a dificuldade em detectar alterações bucais precoces e acúmulo de biofilme em virtude da realização inadequada da higiene bucal, consequência da pouca habilidade motora para realizá-la (TREJO, MORALES, 2004; RATH, 2001; MACIEL et al., 2009).

A dificuldade em procurar tratamento odontológico e a sua aceitação seria outra condição agravante (CARVALHO et al., 2010).

Por achados na literatura, pode-se dizer que a falta de procura a atendimentos odontológicos pelos pacientes deficientes físico é justo à falta de infraestrutura física nas clínicas odontológicas (SOUZA e CHAVES, 2010).

Um dos maiores obstáculos encontradas pelos pacientes com deficiência física é a falta de acompanhantes para o atendimento odontológico e, somente 33,3% dos cirurgiões dentistas atendem ou estão aptos a atender esta população (QUEIROZ et al., 2014).

Manter uma boa higiene bucal pode ser um grande obstáculo para essas pessoas, dentre outros assuntos, devido à falta de cuidados preventivos e dificuldade no acesso ao auxílio odontológico (SCOPEL, 2011; CARVALHO et al., 2010; JAIN et al., 2013).

Loan et al. (2005) estudaram o nível de dificuldade que a maioria das vezes as crianças com cegueira enfrentam por ser mais carentes neste aspecto odontológico e muitas vezes pela falta de orientação.

É preciso ter em mente os limites e as dificuldades do método educativo, e que alguns programas educativos têm errado por não acreditarem que os indivíduos devem ter suas necessidades básicas atendidas para se sentirem induzidas a cuidar de sua saúde bucal (CERICATO, 2007).

2.3. Detecção da presença de placa bacteriana

Os deficientes visuais têm a sua saúde bucal prejudicada, pois as patologias orais são aumentadas a partir do período em que os pacientes não estão capacitados a reconhecer e detectar, de forma precoce, as doenças que atingem a sua boca, a menos que sejam esclarecidos da situação (TREJO et al., 2006).

O indivíduo com deficiência visual desenvolve sentidos como estímulos táteis, olfativos, vestibulares e de propriocepções (COSTA et al., 2012). Os sentidos são representados pela visão, pelo paladar, pela audição, pelo tato e pelo olfato. Quando o indivíduo não possui um ou mais desses sentidos, ou mesmo quando estes estão reduzidos, os outros tendem a estar mais aumentados, com objetivo de compensar a deficiência (MÖLLER et al., 2010).

No decorrer da etapa de instrução sobre higiene bucal o diálogo verbal deve ser grandemente utilizado. Orientar o paciente para sentir a presença da placa bacteriana com a língua e identificar as outras estruturas da boca é outro fato muito importante (GOULART e VARGAS, 1998).

O diálogo verbal, deve ser grande e abrangente, uma vez que a visão está restrita ou ausente, e deve-se lembrar que a língua é um apetrecho útil para reconhecer a placa bacteriana e outras estruturas na cavidade bucal (KOCH et al., 1992). Dessa forma, o sentido do tato deve ser esmiuçado, pois é por meio dele que estes pacientes obtêm memória e elaboram uma representação espacial dos objetos.

O sentido tátil deve ser muito estimado, instruindo, por exemplo, ao deficiente visual a identificar a placa com a língua. O paciente é instruído a passar a língua nas estruturas dentais antes e após a escovação e identificar regiões ásperas, em que a placa não foi removida totalmente, e regiões lisas como vidro, limpas (MANSON et al., 1989).

Para aperfeiçoar o uso da percepção tátil para o reconhecimento da placa bacteriana podem ser adotadas ações de promoção de saúde por meios de atividades lúdicas para trabalhar o conceito e desenvolver habilidades (OLIVEIRA et al., 2012).

Para que o conhecimento seja por completo e relevante é importante proporcionar a coleta de dados por meio dos sentidos residuais destas pessoas, visto que a audição, o tato, o paladar e o olfato são importantes canais de entrada de informações que serão levados ao cérebro (SÁ; CAMPOS; SILVA, 2007).

2.4. Conhecimento profissional

Surge uma grande preocupação com relação à inclusão social, quando se pensa no atendimento aos indivíduos com necessidades especiais nos serviços de saúde, fato esclarecido pelo despreparo na comunicação dos profissionais, impossibilitando um atendimento humanizado e, desqualificando o serviço prestado à população (CHAVEIRO e BARBOSA, 2005).

Geralmente, há ainda tensão e constrangimento ao lidar com os deficientes visuais, e esta característica pode limitar o contato do cirurgião-dentista com o deficiente visual (AGERHOLM et al., 1991).

No estudo realizado por Fonseca et al. (2010) o objetivo foi averiguar os entendimentos dos cirurgiões-dentistas sobre o atendimento de crianças com necessidades especiais, demonstrando as dificuldades dos profissionais incluídos no atendimento dessas crianças para relatar as reais necessidades desses indivíduos no que se refere ao atendimento odontológico, tanto em nível do serviço de saúde público municipal, como no de formação específica para a atividade profissional com esta população.

Aguiar e Gonçalves (2003) enfatizaram que até pouco tempo atrás, a odontologia para pacientes especiais era deixada em segundo plano, pois poucos profissionais se envolviam nesse campo e, muitas vezes, quando se envolviam, era para realizar procedimentos altamente mutiladores, como exodontias totais, para tentar solucionar o problema dos que não poderiam frequentar normalmente um consultório odontológico.

Os profissionais que se envolvem no atendimento odontológico dos pacientes especiais devem ser treinados primeiramente, para superar as dificuldades envolvidas no atendimento destes, incluindo o conhecimento das dificuldades motoras, de diálogo, as limitações físicas, sialorreia, macro e microglossia. A falta de compreensão da família quanto a importância do tratamento pode ser outro problema (SAMPAIO et al., 2004).

A maioria dos cirurgiões dentistas não se sentem capacitados para tratar o paciente especial, programas e disciplinas sobre pacientes especiais devem ser adotadas pelas faculdades, tendo como propósito preparar o aluno de graduação para reconhecer seu limites e procurar informações sobre o atendimento desses pacientes, colaborando para a inclusão social dos mesmos (MORAES et al., 2006).

O cirurgião-dentista precisa de informações fora de sua área de atuação, a fim de adquirir conhecimentos indispensáveis para associar e resolver os problemas de ordem local e sistêmicos (ARAÚJO, 2009).

2.5. Orientação e prevenção em deficientes visuais

Trejo et al., (2004) sugerem que a instrução sobre higiene é a base para se promover saúde bucal, e recomendam técnicas de abordagem adaptadas à deficiência visual, incluindo a atenção individual e orientações utilizando o tato.

O uso de macro modelos e modelos em gesso são outros métodos informativos que também podem ser empregados (TOASSI et al., 2002).

Além disso, Toassi e Petry mencionaram que um fator fundamental na redução e controle do biofilme é a motivação do paciente.

Motivar o paciente para que pratique uma higiene bucal eficaz, é responsabilidade do profissional. Entretanto não é correto que apenas o dentista assuma a responsabilidade da saúde bucal de seu paciente. Para o sucesso do tratamento o paciente tem que entender que ele participa ativamente (PRICHARD, 1996). A motivação é um processo subjetivo e de eficiência, nitidamente pessoal, cuja generalização torna-se impossível. Assim, de modo a obter a melhor resposta de colaboração cada profissional tem a necessidade de descobrir qual o processo específico de motivação que funciona para cada caso.

A família tem que participar, motivar e, principalmente no reconhecer as capacidades dos potenciais da criança cega (RESENDE et al., 2007).

O profissional deve trabalhar sempre em união com a família e com os outros profissionais envolvidos, pois trabalhando em conjunto o diagnóstico é melhor fundamentado e as ações a serem tomadas tornam-se mais fáceis, além disso o diálogo é um elemento fundamental, especialmente ao trocar ou transferir mensagens ao paciente, aos demais componentes da equipe, aos pais ou acompanhantes do paciente e a sociedade, de um modo geral (AGUIAR, SEDLACEK, 2003).

A utilização de métodos de motivação e instrução de higiene bucal adaptados a estes indivíduos pode ser uma alternativa importante para o estabelecimento de uma rotina de prevenção de doenças bucais e orientação sobre aspectos importantes do processo de higiene bucal (ROSSETTI, 1999).

Amante et al. (2012) apresentaram alternativas que integram 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.

Usar músicas que contenham instruções para a escovação e macro modelos são artifícios sugerido pela literatura para coadjuvar neste processo (COHEN et al., 1991).

E é bastante útil o uso de tabletes evidenciadores de biofilme dentário para auxiliar aos cuidadores na identificação de áreas que precisam de escovação (GRUNDY et al., 1985).

Adotar a escova tipo tufo, pois completa a ação da escova convencional, atingindo áreas de difícil acesso, principalmente nas faces linguais ou palatinas (AGERHOLM et al., 1991).

Ainda com relação à prevenção da cárie dentária, a utilização do flúor é reconhecidamente o método mais recomendado e utilizado pelos profissionais da área odontológica (UNFER e SALIBA, 2000).

Os deficientes visuais não aprenderam por imitação e que esse meio não pode ser utilizado para consertar a técnica de escovação. No entanto, foram habituados a seguir instruções verbais e a eficiência na higiene oral pode ser obtida por esse método (LEBOWITZ, 1974).

Um modelo de gesso pode ser empregado para que o paciente possa tocá-lo e compreender as instruções. O profissional tem que segurar a escova de maneira correta, permitindo que o paciente deslize a mão sobre ela para sentir a posição e o movimento adequados. A seguir, o paciente deve repetir o movimento e o profissional fazer a correção do que for necessário (TURRINI et al., 1996).

Segundo Nandini (2003) a orientação efetuada para o deficiente visual exige paciência e tempo, uma vez que os métodos visuais que são empregados na educação em saúde bucal não podem ser utilizados, recomendando ainda, que se aproveite a audição e o tato como formas de compensar a deficiência visual.

2.6. Manejo e Conduta

A primeira consultado deficiente visual deve ser exploratória e de reconhecimento do consultório odontológico. Esses pacientes têm que ser acompanhados pelos seus responsáveis até sua familiarização com a clínica odontológica. A equipe, o consultório e os presentes na sala de espera devem ser apresentado para facilitar a integração do paciente bem como um ambiente calmo e silencioso, mantendo-se uma atmosfera descontraída, embora serena, durante o atendimento. As entradas e saídas do consultório sempre tem que ser anunciadas. Descrever a aparência do profissional é muito importante para permitir que o paciente perceba

que é uma pessoa e não apenas mãos que estão trabalhando em sua boca. O tratamento odontológico, sempre que possível, deve ser realizado por um único profissional (RATH et al., 2001).

Posteriormente informações prestadas pelos pais/responsáveis, o profissional deve reparar o que desperta atenção na criança, suas atitudes e seus medos. Dessa forma, caso algum objeto no consultório agrade ao paciente, é importante tê-lo sempre à disposição (MAIA, ARÁOZ, 2001).

Outra maneira é procurar manter uma rotina de atendimento, para que o paciente possa memorizá-la, sentindo-se assegurado naquele ambiente. Os pais sempre devem ser informados antes, sobre procedimento e os auxiliares de saúde bucal devem estar habilitados, a fim de favorecer o sucesso do tratamento (ARÁOZ, COSTA, 2008).

Começar por procedimento mais simples (profilaxia e escovação), como adequação, ou seja, dessensibilização da cavidade bucal, é uma boa opção. Além do mais, as consultas devem ser breves, evitando que o paciente mantenha a boca aberta por longo período (PUESTA, 2009).

É de grande relevância permitir que o paciente toque nos equipamentos e instrumentos a serem utilizados, oportunizando-lhe conhecer e sentir a textura, o tamanho, o peso e a temperatura. Caso haja a probabilidade de optar entre materiais, o ideal é escolher aqueles que possuam menos odor e sabor mais agradável. Tem que se, ainda, evitar, ao extremo, movimentos indelicados e utilização de instrumentos que liberem resíduos (como água e pó) para não assustar o paciente (CARVALHO et al,2010).

Se o paciente não for colaborativo, pode-se decidir por utilizar medicamentos, sob orientação médica, para diminuir a ansiedade, a fim de alcançar comportamento mais adequado, facilitando o atendimento. Também pode ser utilizado pelo o cirurgião-dentista recursos para estabilização do paciente (auxílio do acompanhante, de faixas, lençóis, estabilizadores) e dispositivos para manter a abertura bucal (abridores de silicone, borracha, madeira, plástico etc.). E como última escolha, o paciente pode ser levado a realizar os procedimentos odontológicos sob anestesia geral (PERES, PERES, SILVA, 2005).

3. METODOLOGIA

Este trabalho se caracteriza como revisão bibliográfica, tendo como base de dados o Google Acadêmico e Scientific Electronic Library Online (SciELO) para a elaboração de um manual de orientação e prevenção ao atendimento do paciente com deficiência visual. O mesmo tem por finalidade metodológica uma pesquisa aplicada pois será empregado na Clínica Odontológica do Ceulp/Ulbra.

Foram incluídos artigos de 2004 à 2017, em língua portuguesa, que abordavam sobre deficiência visual na odontologia com indivíduos de todas as idades, ambos sexo e excluídos os de língua estrangeiras. Foram usadas como palavras chaves para compilar os artigos: manual odontológico para deficientes visual; orientação e prevenção odontológica em deficiente visual; higienização bucal em deficiente visual; escovação na deficiência visual; dificuldade na higienização bucal na deficiência visual e atendimento odontológico voltada aos deficientes visuais.

5. RESULTADO

Após as revisões de literatura feita durante essa pesquisa, confeccionado um manual de orientação e prevenção odontológica (APÊNDICE A), para os cirurgiões-dentistas que forem atender pacientes com deficiência visual, com intuito de facilitar o atendimento desses pacientes, além de também mostrar ao dentista como orientar a higiene bucal de pessoas nessas condições. No manual contém a definição de deficiência visual e suas classificações, as dificuldades encontradas durante a higiene bucal e o manejo e conduta durante o atendimento odontológico.

4. DISCUSSÃO

Sabe-se que indivíduo com deficiência visual têm sua higiene oral deficiente, pois possui pouca habilidade motora e para realizar uma higiene bucal eficiente e/ou adequada, é preciso que ele tenha um profissional que lhe oriente e dê instruções, e que tenha um responsável que o acompanhe toda as vezes para motivá-lo.

Realizar e manter a higiene oral de forma regular é ligeiramente complexa para os deficientes visuais, já que a maioria deles apresenta falta de coordenação motora e de incentivo para o desempenho desta atividade, apresentando um excessivo acúmulo de biofilme dental, resultando em processo inflamatório gengival e/ou doença periodontal (GREENE e VERMILLION, 1964).

Toassi e Petry (2002) mostraram em um estudo em que desenvolveram, que crianças com deficiência visual apresentaram níveis subótimos de saúde bucal, mostrando uma alta prevalência de cárie, gengivite moderada a grave, assim como maior incidência de trauma e higiene oral deficitário.

Todavia, a prevalência de doença periodontal pode ser mais elevada pela dificuldade de alcançar uma higiene oral apropriada sem o feedback visual (MANDEL, 1989).

De acordo com Costa et al (2012) as complicações bucais dos deficientes visuais estão associadas à falta de conhecimento e coordenação motora para a realização de uma higiene bucal satisfatória.

Segundo Pinto (1989), inúmeras causas contribuem para o aparecimento das doenças bucais, como o nível socioeconômico, as condições culturais, os hábitos e as condutas pessoais e coletivas.

Tais agravos a saúde bucal desse público estão relacionados a fatores ligado à deficiência visual, como a dificuldade em discernir alterações bucais precoces (TREJO et al., 2004) e acúmulo de biofilme em virtude da realização incorreta da higiene oral (RATH e al., 2001), relutância de pouca habilidade motora para realizá-la (MACIEL et al., 2009).

Os deficientes visuais precisam de assistência especial no aprendizado da utilização da escova e do fio dental (STEWART, et al., 1982).Independentemente da pouca coordenação motora para uma higiene bucal adequada (RATH, et al., 2001) é possível, por repetidas orientações de escovação e profilaxias, realizarem técnicas apropriadas de higienização e conservar a saúde oral sem sinais de gengivite, perda de inserção periodontal e lesões cariosas (AXELSSON et al., 1978).

Para Rosetti (2005) os pacientes cegos podem ter uma higiene bucal satisfatória partir de orientações individuais de instrução de higiene oral sejam fornecidas e supervisionadas pelos cirurgiões dentistas.

Carvalho et al (2010) também mencionaram que os deficientes visuais são aptos a cultivar a própria saúde oral a partir de que seja oferecida atenção individualizada.

A falta de acompanhantes para o atendimento odontológico é uma das maiores barreiras encontradas pelos pacientes com deficiência física e, simplesmente 33,3% dos cirurgiões dentistas atendem ou estão capacitado a atender este público (QUEIROZ et al., 2014).

A família terá que cooperar ativamente no acompanhamento, motivação e, especialmente no reconhecimento das capacidades potenciais da criança cega (RESENDE et al., 2007).

A cooperação da família, ou a participação dos responsáveis, que é essencial para que o deficiente visual se sinta motivado e apto, não foi assistido, sendo somente mencionado por uma pessoa cega ganhar auxílio. Durante a realização da escovação são poucos deficientes visuais que recebem auxílio de seus familiares ou responsáveis (SOUZA et al., 2010).

Rosetti et al (2005) citaram que, meios de motivação e ensinamento de higiene oral tem que ser apropriados aos pacientes com deficiência visual para que eles sintam a relevância do controle do biofilme, tanto para a saúde dos tecidos dentais quanto periodontais.

Com o método de motivação dos pacientes na higienização oral, ocorre uma diminuição na quantidade de biofilme e na presença de sangramento gengival (DITTERICH et al., 2007).

Conforme Garcia et al (1998) a motivação em deficientes visuais já é razoável para reduzir a presença de biofilme, contudo é fundamental que os programas educativos e preventivos sejam frequentes.

Goulart e Vargas (1998) ressaltaram que a maioria dos entrevistados deste estudo admitiram que a principal forma com que percebem a placa dental é o hálito, seguido pela língua. Essa ocorrência comprova a necessidade de utilização do tato para explicar o que é placa bacteriana e como removê-la.

Para melhorar o uso da percepção tátil para o reconhecimento da placa bacteriana podem ser adotadas ações de promoção de saúde por meios de atividades lúdicas para trabalhar o conceito e desenvolver habilidades (OLIVEIRA et al., 2012),

Amante et al. (2012) Concluíram que quando se empregam brinquedos facilita a instrução de higiene oral de pacientes com necessidades visuais.

Outros métodos informativos também podem ser empregados, como uso de macro modelos e modelos em gesso (TOASSI et al., 2002).

Usar músicas que contenham instruções para a escovação e macro modelos são artifícios sugerido pela literatura para coadjuvar neste processo (COHEN et al., 1991).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deficientes visuais possui dificuldades em realizar higienização satisfatória da cavidade bucal, devidos vários fatores, mas com auxílio de objetos como macro modelos, músicas educativas e imagens em alto relevo por exemplo, essa higiene pode ser facilitada. Além disso, com auxílio de um cirurgião dentista para orientar e instruir esses pacientes através de técnicas adequadas, podem torná-los capazes de realizar a própria higiene oral sozinho. E com o manual, os Cirurgiões Dentistas obterão conhecimento específicos e preparo sobre o manejo e conduta desses pacientes.

REFERÊNCIAS

AGERHOLM, DM. A clinical trial to evaluate plaque removal with a double-headed toothbrush. **Br Dent J**, v.170, n. 11, p. 411-3,1991.

AGUIAR, SMHCA; GONÇALVES, M. Odontologia para pacientes portadores de necessidades especiais. **J Bras Odonto-Psicol Odontol Pacientes Espec**, v.1, n.6, p. 502, 2003.

AGUIAR, SMHCA; SEDLACEK, P. **Ações Integradas no Atendimento e Assistência Odontológica ao Paciente Especial**. In: CARDOSO RJA, MACHADO MEL. Odontologia, conhecimento e arte: odontopediatria, ortodontia, ortopedias funcionais dos maxilares. São Paulo: Artes Médicas, p.303-308, 2003.

AMANTE CJ; FERREIRA AM; LIEBERKNECHT C; WARMLING A; OLÁRIA CB. O brinquedo como recurso mediador para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais. **Rev Ciências da Saúde**, v.27, n.1, 2008.

ARÁOZ, SMM; COSTA, MPR. Aspectos biopsicossociais no surdo cegueira. **Rev Bras**, v.14, n.1, p.21-34, Jan/Abr, 2008.

ARAÚJO, NCB. **Proposta para reconhecimento da especialidade Pacientes Especiais aprovada na assembléia preparatória estadual da ANEO de MT**. [online] 2001 [citado 2009 jan. 14]. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos>. Acesso em: 22 ago. 2017.

AXELSSON P; LINDHE J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. **J Clin Periodontol**, v.5, n.2, p.133-51, 1978.

BRASIL. Ministério da Ação Social. **Como você deve comportar-se diante de uma pessoa que...** . Brasília: CORDE, 1992.

CAMPOS, CC. 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: 22 ago. 2017.

CARVALHO, ML; SILVA, FML; BARBOSA, FQ; DUARTE, FB; BARBOSA ,KB; FIGUEIREDO, V et al. **Deficiente, quem? Cirurgiões Dentistas ou Pacientes com Necessidades Especiais**. REE, 2004.

CARVALHO, ACP; FIGUEIRA, LCG; UTUMI, ER; OLIVEIRA, CO; SILVA, LPN; PEDRON, IG. Considerações no tratamento odontológico e periodontal do paciente deficiente visual. **Rev Odontol Bras Central**, v.19, n.49, 2010.

CERICATO, GO; FERNANDES, APS. Implicações da deficiência visual na capacidade de controle da placa bacteriana e na perda dental. **Ver Fac Odontol Unive Passo Fundo**, v.13, n.2, p.17-21, 2008.

CERICATO, GO. Educação em saúde bucal em portadores de necessidades especiais: um estudo de caso em deficientes visuais. Florianópolis, **Dissertação de mestrado (Programa de Pós-Graduação em Odontologia)**. UFSC, 2007.

CHAVEIRO, N; BARBOSA, MA. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Rev Esc Enferm USP**, v.39, n.4, p. 417-22, 2005.

CLAYETTE, SH; MAGNARD, P; MADIGNIER, MB; HULLO, A. **As deficiências visuais**. São Paulo: Manole, 1989.

COHEN, S; SANART, H; SHALGI, G. The role of instruction and a brushing device on the oral hygiene of blind children. **Clin Prev Dent**, v13, n.4, p.8-12,1991.

COSTA, F S; NEVES, LB; BONOW, MLM; AZEVEEDO, MS; SCHARDOSIM, LR. Efetividade de uma estratégia educacional em saúde bucal aplicada a crianças deficientes visuais. **Rev facul odontol, Passo Fundo**, v. 17, n. 1, p.12-17, jan./abr, 2012.

CRAFT, DH; LIEBERMEAN, L. **Deficiência visual e surdez**. In: WINNICK, J. P. Educação física e esportes adaptados. Barueri: Manole, p.181-205, 2004.

ENGAR, RC; STIEFEL, DJ. Dental treatment of the sensory impaired patient. **Seattle: University of Washington**, 1977.

ETTINGER, RL; KAMBHU PP. Selected issues on care and management of the ageing patient: 2. Prevention and treatment. **Dent Update**, v.19, n.6, p.246-54, 1992.

FAYE, E.; BARRAGA, N. C. The low vision patient. **Grune e Stratton**, 1985.

FERREIRA, MCD; HADDAD, AS. **Deficiências sensoriais e de comunicação**. In: HADDAD, AS. Odontologia para pacientes com necessidades especiais. São Paulo: Editora Santos, p. 253-61, 2007.

FONSECA, ALA; AZZALIS LA; FONSECA FLA; BOTAZZO, C. Análise qualitativa das percepções de cirurgiões dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**, v.20, n.2, p.208-216, 2010.

GOULART, ACF; VARGAS, AMD. A percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal. **Arq Odontol**, v.34, p.107-19, 1998.

GREENE, JC; VERMILLION, JR. The simplified oral hygiene index. **J Am Dent Assoc**, v.68, p.7-13, 1964.

GRUNDY, MC; SHAW, L; HAMILTON, D. **Dental care for the medically compromised patient**. London: Wolfe Publishing, 1985.

GUEDES-PINTO, AC. **Odontopediatria**. 1. ed. São Paulo: Editora Santos, 1988.

HULLEY, SB; CUMMINGS, SR BROWNER, WS; GRADY, D; NEWMAN, TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, p.384, 2008.

KOCH, G; MODEER, T; POULSEN, S. **Odontopediatria - uma abordagem clínica**. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1992.

LEBOWITZ, EJ. An introduction to dentistry for the blind. **Dent Clin North Am**, v.18, p. 651-68, 1974.

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.

MACIEL, MAS; CORDEIRO, PM; D'ÁVILA, S; GODOY, GP; ALVES, RD; LINS, RDAU. Assessing the oral condition of visually impaired individuals attending the Paraíba Institute of the Blind. **Rev Odonto Ciênc**, v.24, n.4, p. 354-60, 2009.

MAIA, SR; ARÁOZ, SMM. A surdo cegueira - "Saindo do Escuro". **Revista Educação Especial: Cadernos de Educação Especial / Universidade Federal de Santa Maria**. Centro de

Educação / Departamento de Educação Especial / Laboratório de Pesquisa e Documentação – LAPEDOC, v.1, n.17, p.90, 2001.

MANDEL, ID. Preventive dental services for the elderly. **Dent Clin North Am**, v.33, n.1, p.81-90, 1989.

MANSON, JD; ELEY, BM. The prevention of periodontal disease. **Dent Update**, v.16, n.5, p.189-95, 1989.

MASI, I *et al.* Deficiente visual: educação e reabilitação. **Programa Nacional de Apoio à Educação dos Deficientes Visuais**. Brasília: Ministério da educação, p.47, 2002.

MILLER, SJH. **Enfermidades dos olhos**. São Paulo: Artes Médicas, 1981.

MIN, HY; SAMPAIO, MW; HADDAD, MAO. **Baixa visão: conhecendo mais para ajudar melhor**. São Paulo: Laramara, 2001.

MÖLLER, CC; IBALDO, LT; TOVO, MF. Avaliação das condições de saúde bucal de escolares deficientes auditivos no município de Porto Alegre, RS, Brasil. **Pesq Bras Odontop Clin Integ**, v.10, n. 2, p.195-200, 2010.

MORAES, ABA; BATISTA, CG; LOMBARDO, I; HORINO, LE; ROLIM, GS. **Verbalizações de alunos de odontologia sobre a inclusão social de pessoas com deficiência**. Psicologia em Estudo, Maringá, v.11, n.3, p.607-615, 2006.

NANDINI, NS. New insights into improving the oral health of visually impaired children. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**, v.21, n.4, p.142-3, 2003.

NUNES, SS; LOMÔNACO, JFB. Desenvolvimento de conceitos em cegos congênitos: caminhos de aquisição do conhecimento. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**. v.12, n.1, p.119-138, Jan/Jun, 2008.

NUNES, S; LOMÔNACO, JFB. **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: 22 ago. 2017.

Odontologia, Universidad Nacional Autónoma de México. 2004.

OLIVEIRA, JB; SILVA, TC; COSTA, DPTS; SILVA, CHV. Sentir o sorriso: uma experiência de promoção de saúde bucal com um grupo de deficientes visuais em Recife. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v.11, n.2, p.151-153, abr/jun, 2012.

PERES, AS; PERES, SHCS; SILVA, RHA. Atendimento a pacientes especiais: reflexão sobre os aspectos éticos e legais. **Rev Fac Odontol Lins**, v.17, n.1, p.49-53, 2005.

PRICHARD, JF. Advanced periodontal disease: surgical and prothetic management. Philadelphia: Saunders, p. 3-44, 1996.

QUEIROZ, SDF; RODRIGUES, LMM; CORDEIRO JUNIOR, AG et al. Avaliação das condições de saúde bucal de portadores de Necessidades Especiais. Rev. **Odontol. UNESP**, v.43, n.6, p.396-401, nov/dez, 2014.

RATH, IBS; BOSCO, VL; ALMEIDA, ICS; MOREIRA, EAM. Atendimento Odontológico para crianças portadoras de deficiência visual. **Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais**, v.37, n.2, p.183-88, 2001.

RESENDE, VLS; CASTILHO, LS; SOUZA, ECV; JORGE, WV. Atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais. In: 8º ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UFMG: 2005 Belo Horizonte. **Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG**, p.1-6, 2005.

RESENDE, VLS; CASTILHO, LS; VIEGAS, CMS; SOARES, MA. Fatores de risco para a cárie em dentes decíduos de portadores de necessidades especiais. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.7, n.2, p.111-17, 2007.

ROSSETTI, H. **Saúde para a odontologia**. São Paulo: Santos Editora, 1999.

SÁ, ED; CAMPOS, IM; SILVA, MBC. **Atendimento educacional especializado: deficiência visual**. Brasília, DF: SESP/SEED/MEC, p.57, 2007.

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**, v.17, n.03, p.127-34, 2004.

SAMPAIO, MW; CIBILS, CA. **Visão subnormal**. In: OLIVEIRA RCS, KARA-JOSÉ N. AUXILIAR DE OFTALMOLOGIA. São Paulo: Roca, p.323-33, 2000.

SETUBAL, PCO; SADDI, GL; FERREIRA, MG; CAMPOS, CC. **Sinta, crie, invente**. Para o deficiente áudio-visual, faça diferente! Jornada Universitária de Goiás (JUGO), 2007, Universidade Federal de Goiás. Goiânia: Anais JUGO. Disponível em: <http://www.odonto.ufg.br/uploads/files/Anais-JUGO-2007.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2017.

SILVÉRIO, F; SANTOS, JFF; CUNHA, VPP; NARESSI, WG. 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.

SOUZA, LF; CHAVES, LCC. Política nacional de saúde bucal: Acessibilidade e utilização de serviços Odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. **Rev. Baiana Saúde Púb.**, Salvador, BA, v.34, n.2, p.371-87, abr/jun, 2010.

STEWART, RE; BARBER, TK; WEI, SH; TROUTMAN, KC. **Pediatric Dentistry - scientific foundations and clinical practice**. St Louis: The C.V. Mosby Co., 1982.

TOASSI, RFC; PETRY, PC. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.5, p.634-37, 2002.

TOLEDO AO, BEZERRA ACB. **Odontologia preventiva para excepcionais**. In: FOURNIOL FILHO A. PACIENTESESPECIAIS E A ODONTOLOGIA. São Paulo: Santos, p.423-32, 1998.

TREJO, RCM; MORALES, PL. **Propuestas didácticas em el manejo odontológico de pacientes pediátricos con discapacidad visual [Tese de Doutorado]**. Iztapalapa (DF): Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004.

TREJO, RCM; MORALES, PL. **Propuestas didácticas em el manejo odontológico de pacientes pediátricos con discapacidad visual [Tese de Doutorado]**. Iztapalapa (DF): Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004.

TREJO, RCM; MOLARES, PL. Propuestas didácticas em el manejo odontológico de pacientes pediátricos con discapacidad visual. **Revista ADM**, v.63, n.5, p.195-199, sep/oct, 2006.

TURRINI, CA; PICOLINI, MAZ. **Sugestões para o atendimento odontológico de clientes cegos**. Apostila elaborada no Cepre-FCMUnicamp, 1996.

UNFER, B; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev Saúde Pública**, v.34, n.2, p.190-5, 2000.

APÊNDICE

**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 3.607, de 17/10/05, D.O.U. nº 202, de 20/10/2005
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Sentir um sorriso: manual de orientação prevenção odontológica em paciente com deficiência visual

FREITAS, Darla Marrátilla Lima Franco; MARQUEZ, Luciana.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	3
DEFICIÊNCIA VISUAL.....	4
CLASSIFICAÇÃO DA DEFICIÊNCIA VISUAL.....	4
DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS DEFICIENTES VISUAIS.....	4
MANEJO E CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	4
CONCLUSÃO.....	8
REFERÊNCIAS.....	9

INTRODUÇÃO

Os indivíduos com deficiência visual apresentam dificuldade em cuidar da saúde bucal, por falta de auxílio dos pais/responsáveis e de um cirurgião dentista com preparo em atender e dar assistência a essa população, pois a maioria desses profissionais sai das Universidades sem conhecimentos específicos tanto da deficiência visual como das outras deficiências existentes.

Portanto, com a preocupação de saber a melhor forma de lidar com um paciente que apresenta deficiência visual, elaboramos um manual com o objetivo de esclarecer e orientar os Cirurgiões Dentista e Acadêmico quanto o manejo e conduta que deve ser realizada durante o atendimento na Clínica Odontológica do Ceulp/Ulbra.

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), a visão é o canal mais importante de relacionamento do indivíduo com o mundo exterior.

CLASSIFICAÇÃO DA DEFICIÊNCIA VISUAL

A deficiência visual é classificada como um tipo de deficiência física e, segundo Craft e Lieberman (2004), são considerados deficientes visuais os portadores de cegueira e os indivíduos com baixa visão. Nunes e Lomônaco (2008) consideram deficiência visual como uma limitação sensorial que abrange vários graus de acuidade visual.

DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS DEFICIENTE VISUAL DURANTE A HIGIENIZAÇÃO BUCAL

Os deficientes visuais apresentam complicação em aprenderem a habilidade motora da escova e do fio dental. (STEWART et.al., 1982).

Um dos maiores obstáculos encontradas pelos pacientes com deficiência física é a falta de acompanhantes para o atendimento odontológico e, somente 33,3% dos cirurgiões dentistas atendem ou estão aptos a atender esta população (QUEIROZ, et al., 2014).

MANEJO E CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- A primeira consulta do deficiente visual deve ser exploratória e de reconhecimento da clínica odontológica (RATH et al., 2001);
- Realizar anamnese com perguntas sobre saúde geral e bucal, uso de medicamentos, origem da deficiência (TURRINI, PICOLINI 1996);
- Os pais e/ou cuidadores deve acompanhá-los até familiarização do paciente com o ambiente odontológico (RATH et al., 2001);
- A equipe da clínica e os presentes na sala de espera deve ser apresentada para facilitar a integração do paciente (RATH et al., 2001);
- Identifique-se sempre ao se aproximar do paciente caso ele esteja só. Não usar brincadeiras, como: “adivinha quem é?” (FOLHETO, 2010);
- O consultório deve ser tranquilo, relaxante e silencioso durante o atendimento;
- Anunciar sempre as entradas e saídas do consultório (RATH et al., 2001);
- Aparência do profissional deve ser descrita para permitir que o paciente perceba que é uma pessoa e não apenas mãos que estão trabalhando em sua boca (RATH et al., 2001);
- Sempre que possível, um único profissional deve realizar o tratamento odontológico (RATH et al., 2001);
- O profissional deve observar o que desperta atenção no paciente, suas atitudes e seus medos (MAIA e ARÁOZ, 2001);
- O paciente deve ser tratado com igualdade, oferecendo sempre atenção adequada, mas sem exagero (NANDINI, 2003);
- Cumprimentá-lo com aperto de mão ou abraçando e dirige-se diretamente a ele e não ao seu cuidador (NANDINI, 2003);
- Caso algum objeto na clínica cativasse o paciente, é considerável tê-lo sempre à disposição e não o mudar de lugar (MAIA e ARÁOZ, 2001);
- Durante a instrução sobre higiene bucal o diálogo verbal deve ser grandemente utilizado (KOCH et al., 1992);
- Procurar manter uma rotina de atendimento, para que o paciente possa memorizá-la, sentindo-se seguro naquele ambiente (ARÁOZ e COSTA, 2008);
- Ao levar o paciente para clínica perguntar se ele precisa de ajuda. Jamais movê-lo, segurá-lo ou pará-lo sem avisar antes (NANDINI, 2003);

- 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” (FOLHETO, 2010);
- Orientar a higiene oral utilizando dedeiras de borracha e, em seguida, com a escova dental, ou com modelo de gesso e escova, com as mãos do paciente sobre as mãos do profissional, que realizará os movimentos (COHEN, et al., 1991);
- O sentido tátil deve ser muito estimado, instruindo, por exemplo, ao deficiente visual a identificar a placa com a língua. O paciente é instruído a passar a língua nas estruturas dentais antes e após a escovação e identificar regiões ásperas, em que a placa não foi removida totalmente, e regiões lisas como vidro, limpas (MANSON et al., 1989);
- Usar tabletes evidenciadores de biofilme dentário para auxiliar aos cuidadores na identificação de áreas que necessitam escovação (GRUNDY et al., 1985);
- O uso da escova tipo tufo, completa a ação da escova convencional, alcançando áreas de difícil acesso, principalmente nas faces linguais ou palatinas (ARGERHOLM et al., 1991);
- Utilizar materiais lúdico-pedagógicos com o intuito de motivar e corrigir os hábitos bucais desses pacientes (SETUBAL et al., 2007);
- Treinar e incentivar o uso do fio dental ((FERREIRA, HADDAD, 2007);
- Sempre informar aos pais a respeito do procedimento, e os auxiliares de saúde bucal devem estar capacitados, a fim de favorecer o sucesso do tratamento (ARÁOZ e COSTA, 2008);
- Os procedimentos devem ser iniciados sempre dos mais simples (profilaxia e escovação) (PUESTA, 2009);
- As consultas devem ser curtas, evitando que o paciente mantenha a boca aberta por um longo período de tempo (PUESTA, 2009);
- É importante permitir que o paciente toque nos equipamentos e instrumentos a serem utilizados, oportunizando-lhe conhecer e sentir a textura, o tamanho, o peso e a temperatura (CARVALHO et al., 2010);
- Antes de iniciar qualquer procedimento, deve ser fornecido ao paciente, descrições detalhadas, claras e concisas do tratamento planejado para a consulta (NANDINI, 2003);
- Escolher materiais que possuam menos odor e sabor mais agradável (CARVALHO et al., 2010);

- O momento em que vai ser aplicada a anestesia deve ser avisada, explicando as sensações que o paciente sentirá (NANDINI, 2003);
- Evitar, o máximo possível, de movimentos bruscos e utilização de instrumentos que liberem resíduos (como água e pó) para não assustar o paciente (CARVALHO et al., 2010);
- Se o paciente não for colaborativo, pode-se optar por utilizar medicamentos, sob orientação médica, para reduzir a ansiedade, a fim de obter comportamento mais adequado, facilitando o atendimento (CARVALHO et al., 2010);
- Pode-se também utilizar recursos para estabilização do paciente (auxílio do acompanhante, de faixas, lençóis, estabilizadores) e dispositivos para manter a abertura bucal (abridores de silicone, borracha, madeira, plástico etc.) (CARVALHO et al., 2010);
- Ou realizar os procedimentos odontológicos no paciente sob anestesia geral (CARVALHO et al., 2010).

CONCLUSÃO

Este manual foi elaborado para que os Cirurgiões Dentistas e Acadêmicos do Ceulp/Ulbra adquira conhecimento sobre orientações, manejos, condutas e as principais dificuldades que os pacientes com deficiência visual enfrentam, para que possam está preparados no momento do atendimento dessa população.