

# Considerações no tratamento odontológico e periodontal do paciente deficiente visual

## Considerations in dental and periodontal treatment of the visually impaired patient

Ana C. P. CARVALHO<sup>1</sup>, Luis C. G. FIGUEIRA<sup>2</sup>, Estevam R. UTUMI<sup>3</sup>, Cláudio O. OLIVEIRA<sup>4</sup>, Leopoldo P. N. SILVA<sup>5</sup>, Irineu G. PEDRON<sup>3</sup>

1 - Cirurgiã-dentista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade Santa Marcelina.

2 - Cirurgião-dentista residente em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial no Hospital Vila Penteadado.

3 - Mestre em Ciências Odontológicas (Área de Concentração em Clínica Integrada) pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

4 - Mestre em Ciências Médicas (Área de Concentração em Neurofisiologia) pelo Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo.

5 - Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein.

### RESUMO

Geralmente, ocorre desconhecimento e preconceito por parte do cirurgião-dentista frente ao atendimento de pacientes com necessidades especiais. O paciente deficiente visual é incluído neste grupo de pacientes, exceto pelas características estomatológicas. Neste caso, as condutas devem ser particularizadas. O propósito deste trabalho é apresentar as dificuldades vivenciadas durante o atendimento ao deficiente visual, discutindo a abordagem e relacionamento do cirurgião-dentista frente a este paciente.

ciadas durante o atendimento ao deficiente visual, discutindo a abordagem e relacionamento do cirurgião-dentista frente a este paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** higiene bucal; portadores de deficiência visual; periodontite; gengivite.

### INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou a definição de deficiente como “aquele que durante um período apreciável está privado por condições físicas ou mentais de sua participação total nas atividades normais dos grupos de sua idade incluindo àquelas de natureza de recreação social, educacional ou vocacional”. Aproximadamente 10% dos brasileiros são atingidos por algum tipo de deficiência<sup>1</sup> e que 0,7% deste total correspondem aos portadores de deficiência visual<sup>2,3</sup>.

Essa condição pode ser desafiadora à equipe odontológica, que necessita atenção às situações e limitações inerentes aos pacientes portadores de deficiência visual, desde a adaptação do consultório odontológico até o manejo e a conduta destes pacientes<sup>4</sup>.

O deficiente visual pode sofrer várias dificuldades, superáveis através de recursos e técnicas especialmente desenvolvidas para promover sua autonomia. As técnicas de orientação e mobilidade propiciam locomoção independente. O ensino de formas alternativas de realizar as atividades da vida diária (como vestir-se, alimentar-se, realizar a higiene pessoal e etc.), o uso do sistema braile no processo educacional e o domínio de habilidades de informática, representam facilidades para o desenvolvimento do deficiente visual. Ressaltamos a importância de ambientes preparados para estes sujeitos, reduzindo barreiras à vida social, incluindo: calçadas desimpedidas, com sinalização, no solo, dos objetos de volume maior à altura do corpo e cabeça (como caixas de correio, telefones públicos e outros) e trilha tátil perceptível pelos pés; sinalização em braile em edifícios e elevadores; textos em braile em locais públicos (ex.: cardápios,

instruções para aquisição de bilhetes diversos, etc.)<sup>5</sup>.

Normalmente, há ainda tensão e constrangimento ao lidar com os deficientes visuais, e esta característica pode limitar o relacionamento do cirurgião-dentista com o paciente deficiente visual<sup>6</sup>. O propósito deste trabalho é apresentar as dificuldades vivenciadas durante o atendimento ao paciente deficiente visual, discutindo o relacionamento e condutas de abordagem do cirurgião-dentista frente a este paciente.

### REVISÃO DA LITERATURA E DISCUSSÃO

Os deficientes visuais apresentam, geralmente, o mesmo padrão estomatológico dos pacientes não deficientes<sup>7</sup>. Entretanto, a prevalência de doença periodontal pode ser mais elevada pela dificuldade de alcançar uma higiene bucal adequada sem o *feedback* visual<sup>8</sup>.

Em estudo comparativo, os estudantes deficientes visuais apresentaram higiene bucal tendendo para ruim, com maior prevalência de doença periodontal destrutiva, enquanto os estudantes com deficiência visual parcial apresentaram melhores condições de higiene bucal e incidência de gengivite. Os autores concluíram que há maiores alterações periodontais e de deficiência na manutenção da saúde, para os pacientes deficientes visuais do que os que apresentaram deficiência parcial<sup>9</sup>.

A saúde bucal pode ainda ser prejudicada, pela impossibilidade da detecção e reconhecimento precoce das doenças bucais, particularmente por meio dos sinais iniciais da doença cárie e da doença periodontal (sangramento e inflamação gengival).

O papel do cuidador pode ser valioso, bem como o do cirurgião-dentista, cujo papel de educador e orientador da família e dos próprios cuidadores, informando sobre a importância e os métodos para se alcançar a higiene bucal adequada. O uso de tabletes evidenciadores de biofilme dentário pode ser útil para auxiliar aos cuidadores na identificação de áreas que necessitam escovação<sup>10</sup>. A adoção da escova tipo tufo, que complementa a ação da escova convencional, alcançando áreas de difícil acesso, principalmente nas faces linguais ou palatinas<sup>6</sup>. Entretanto, foi observado que a maior parte dos cuidadores ou pacientes preferem utilizar as escovas elétricas, sendo que este tipo de escova também se mostrou efetiva. Foi sugerido um programa de treinamento que deve ser desenvolvido para os cuidadores, haja vista o relato de dificuldade por parte dos cuidadores já que eles não recebem treinamento formal em saúde bucal<sup>11</sup>. A Figura 1 ilustra o caso de uma paciente deficiente visual, portadora de periodontite crônica, a qual foi tratada por sessões de raspagem, alisamento e polimento corono-radulares e orientação da higiene bucal, por meio da utilização de escova elétrica e complementada pela escova tipo tufo (já que a própria escova elétrica não alcança certos sítios por não possuir angulação na haste) e interdental. A consulta de orientação da higiene bucal foi marcada com a presença dos familiares (marido e filhos), utilizando-se o evidenciador de placa bacteriana. Esta paciente foi orientada a usar o evidenciador uma vez por semana, com o auxílio de um dos parentes, com o propósito de supervisionar a escovação. A Figura 2 ilustra a conclusão do tratamento periodontal e reabilitador (restaurações e próteses).

Para que se estabeleça uma boa comunicação durante o atendimento odontológico é necessário que se determine o grau de deficiência visual e da capacidade de percepção de claro e escuro do paciente, a presença de outras deficiências (como auditivas ou motoras), o grau de independência e o comportamento do paciente e de seu cuidador, se for o caso. O período em que a deficiência visual se instalou é um fator importante, pois aquelas que nunca enxergaram ou que perderam a visão precocemente, não têm conceitos visuais, necessitando de explicações mais detalhadas para perceberem o ambiente odontológico<sup>12</sup>.

A primeira consulta deve ser exploratória e de reconhecimento do consultório. Os cuidadores devem acompanhar o paciente até sua familiarização com o ambiente odontológico. A apresentação da equipe, do consultório e dos presentes na sala de espera facilita a integração do paciente assim como um ambiente tranquilo e silencioso, mantendo-se uma atmosfera descontraída, embora serena, durante o atendimento. As entradas e saídas do consultório devem ser anunciadas. A descrição da aparência do profissional permite 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 limitar-se a um único profissional<sup>13</sup>.

Algumas diretrizes para o atendimento de pacientes deficientes visuais devem ser ressaltados<sup>10,13,14</sup>.

- A. O ambiente odontológico deve ser calmo, relaxante e informal;
- B. Oferecer atenção adequada, mas sem exagero. O paciente

- quer ser tratado com igualdade;
- C. Não deixar de apertar a sua mão ou abraçá-lo. Isso substitui o sorriso;
- D. Dirigir-se diretamente ao paciente e não ao cuidador;
- E. Ao levar o paciente para o consultório indagar se ele deseja ajuda. Nunca movê-lo, segurá-lo ou pará-lo sem aviso prévio;
- F. Permitir que o indivíduo toque e sinta a cadeira dental antes de sentar-se;
- G. Antes de realizar qualquer procedimento, fornecer ao paciente, descrições detalhadas, claras e concisas do tratamento planejado para a consulta;
- H. Descrever com detalhes os instrumentos e objetos que serão utilizados; deixar que o paciente sinta suas vibrações com contato na unha ou na mão; convidar o paciente para tocar, provar ou cheirar;
- I. Evitar ruídos altos e inesperados, aplicar jatos de ar, água ou motores sem aviso prévio;
- J. Avisar o momento em que vai ser aplicada a anestesia, explicando as sensações que o paciente sentirá;
- K. Usar quantidades menores de materiais dentários que possuem sabor forte, pois poderão ser rejeitados;
- L. Permitir que o paciente participe do tratamento aceitando a sua ajuda e colaboração; deixando que ele realize o que sabe, pode e deve fazer sozinho.
- M. Alertá-lo quanto a qualquer incorreção que tenha cometido;
- N. Ao dar instruções ao paciente, explorar seus sentidos através do uso de material em alto relevo, material de áudio e folhetos em braile para complementar as informações.
- O. O momento ideal para as intervenções dentais deve ser durante os estágios iniciais das doenças bucais;
- P. Deve-se promover a independência do paciente com sugestões de artifícios, educação em saúde bucal e medidas preventivas;
- Q. Revisão trimestral das necessidades do indivíduo para evitar dor e minimizar mais intervenções e;
- R. Redução do medo, estresse e constrangimento para o paciente e para o cuidador, encorajando uma abordagem de "portas abertas" e fornecendo apoio e amparo.

A cegueira não acarreta dificuldades cognitivas, uma vez que a linguagem – a principal ferramenta do pensamento – está preservada, embora exerça um notável impacto na habilidade pessoal de viver independentemente. Uma das maiores necessidades do ser humano é a de independência e autonomia, que são prejudicadas pela deficiência visual<sup>5</sup>. Um indivíduo com deficiência visual pode ser assistido para alcançar um controle de placa através da determinação de objetivos reais e de uma abordagem estruturada passo-a-passo, dando-se instruções de higiene adequadas e fornecendo apoio como re-chamadas regulares. Aos pacientes com visão residual, 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<sup>8</sup>. 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 e que adquiram orgulho das suas conquistas. Os deficientes visuais não foram capazes de aprender por imitação e que esse método não pode ser utilizado para correção da técnica de escovação. Por outro lado, foram acostumados a seguir instruções verbais e a proficiência na higiene oral pode ser obtida por esse método<sup>15</sup>. Pode ser empregado um modelo de gesso para que o paciente possa tocá-lo e compreender as orientações. A escova deve ser segurada pelo profissional de modo correto, permitindo que o paciente deslize a mão sobre ela para sentir a posição e o movimento correto. A seguir, o paciente deve repetir o movimento e o profissional corrigir o que for necessário<sup>16</sup>. Um estudo aplicou um programa de higiene bucal em 150 crianças deficientes visuais, visando a independência. Os pacientes foram orientados e assistidos ao explorar as estruturas bucais. Modelos de plástico da boca foram usados efetivamente como ferramentas para instrução. O material de educação em saúde bucal foi convertido para braile. Uma vez que as crianças não são capazes de auto-monitorar a eficácia da escovação, foi sugerido que elas estabelecessem uma seqüência de escovação para assegurar que todas as áreas tenham sido devidamente escovadas. Refinamentos e correções foram realizados verbalmente<sup>14</sup>.

O paciente portador de qualquer tipo de deficiência deve ser encarado como um indivíduo que apresenta uma limitação em qualquer sistema de seu organismo, os outros sistemas não atingidos ou alterados constituem seu potencial residual, que deverá ser explorado no sentido de sua reabilitação para a execução dos procedimentos desejados<sup>17</sup>. Pacientes deficientes visuais se esforçam em utilizar os outros sentidos, como o tato, a audição e o olfato, para verificarem estímulos sensoriais e acumular o maior número possível de informações<sup>13,18</sup>. A comunicação verbal, portanto deve ser grande e abrangente, uma vez que a visão está restrita ou ausente, e deve-se lembrar que a língua é uma ferramenta útil para sentir a placa bacteriana e outras estruturas na cavidade bucal<sup>19</sup>. Assim, o sentido do tato deve ser explorado, pois é através dele que estes pacientes adquirem memória e elaboram uma representação espacial dos objetos. O sentido tátil deve ser muito valorizado, ensinando, por exemplo, ao deficiente visual a detectar a placa com a língua. A pessoa é instruída a percorrer as estruturas dentais com a língua antes e após a escovação e detectar regiões ásperas, em que não foi removida completamente a placa, e regiões lisas como vidro, limpas<sup>20</sup>. A forma oral de reconhecimento e a habilidade de detecção de placa são superiores em deficientes visuais<sup>21</sup>. A percepção da placa dental, por estes pacientes, ocorre predominantemente pela língua (69%). Este dado confirma a necessidade de se usar o tato para ensinar o que é placa bacteriana e como removê-la<sup>19,22</sup>. A utilização da língua para sentir a placa e outras estruturas da cavidade bucal é uma estratégia muito útil<sup>23</sup>.

A percepção de crianças e adolescentes com idade entre 9 e 18 anos, as quais demonstraram o conhecimento da importância da boca e dos dentes, apresentaram relatos de que o principal motivo para manter os dentes sadios é evitar a dor. O uso do fio dental se mostrou restrito, por apresentarem dificuldades em utilizá-lo. Os autores concluíram que há necessidade de programas adaptados aos deficientes visuais para que haja eficácia na promoção de higiene bucal, principalmente porque mesmo bem

informados, os pacientes ainda apresentaram dificuldades em exercer a higiene bucal adequada<sup>22</sup>.

Diversas técnicas de escovação foram propostas, embora exista dificuldade natural de adaptação pelos deficientes visuais. A motivação representa o maior problema e desafio para os cirurgiões-dentistas. Entretanto, as crianças deficientes visuais foram capazes de aprender satisfatoriamente técnicas de escovação, quando bem orientadas<sup>18,24</sup>. As dificuldades de idosos deficientes visuais em relação à manutenção da saúde bucal e necessidade de tratamento foram avaliadas em estudo, ressaltando que a maioria dos pacientes são potencialmente capazes de realizar a sua higiene oral satisfatoriamente, desde que adequadamente estimulados. Entretanto, os autores enfatizaram a importância da supervisão do cirurgião-dentista para que níveis satisfatórios de higiene bucal sejam mantidos, e também para a detecção precoce de patologias<sup>25</sup>.

Os deficientes visuais necessitam de auxílio especial no aprendizado da utilização da escova e do fio dental<sup>26</sup>. Apesar da pouca habilidade motora para uma higiene bucal satisfatória<sup>13</sup>, é possível, por repetidas instruções de escovação e profilaxias, realizarem técnicas adequadas de higienização e manterem a saúde bucal sem sinais de gengivite, perda de inserção periodontal e lesões cariosas<sup>27</sup>.

O controle mecânico da placa bacteriana deve ser considerado como condição *sine qua non*. É possível obter reduções significativas nos índices de placa bacteriana e gengival em pacientes deficientes visuais<sup>28,29</sup>. Nesta perspectiva, é extremamente importante que re-chamadas regulares sejam realizadas para manter os padrões de higiene bucal, garantindo ainda a detecção precoce de patologias bucais.

Outra característica interessante do atendimento ao paciente deficiente visual é a necessidade de sua assinatura em prontuários odontológicos, que pode ser facilmente angariada com uma guia de assinaturas (Figura 3).

## CONCLUSÕES

O entendimento das habilidades e limitações dos deficientes visuais nos facilita 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. Há ainda, muito desconhecimento e preconceito quanto às possibilidades de desenvolvimento do deficiente visual. Cabe aos profissionais de saúde e da educação, combater os e substituí-los por ações e encaminhamentos adequados.

## REFERÊNCIAS

01. Brasil. Ministério da Ação Social. Como você deve comportar-se diante de uma pessoa que... . Brasília: CORDE, 1992.
02. Miller SJH. Enfermidades dos olhos. São Paulo: Artes Médicas; 1981.
03. Melo CP. Pessoas deficientes: algumas coisas é preciso saber. São Paulo: Conselho Estadual para Assuntos da Pessoa Deficiente; 1986.
04. Ettinger RL, Kambhu PP. Selected issues on care and management of the ageing patient: 2. Prevention and treatment. Dent Update 1992; 19(6):246-54.

05. Batista CG, Turrini CA, Moraes ABA, Rolim GS. A odontologia e as pessoas com deficiência visual. *JBC J Bras Clín Odontol Integr* 2003; 7(38):170-4.
06. Agerholm DM. A clinical trial to evaluate plaque removal with a double-headed toothbrush. *Br Dent J* 1991; 170(11):411-3.
07. Taylor CM, King JM, Sheiham A. A comparison of the dental needs of physically handicapped and non-handicapped elderly people living at home in Grimsby, England. *Gerodontology* 1986; 2(3):80-2.
08. Mandel ID. Preventive dental services for the elderly. *Dent Clin North Am* 1989; 33(1):81-90.
09. Aanise JZ. Periodontal disease and oral hygiene in a group of blind and sighted Israeli teenagers 14-17 years of age. *Community Dent Oral Epidemiol* 1979; (6):353-6.
10. Grundy MC, Shaw L, Hamilton D. Dental care for the medically compromised patient. London: Wolfe Publishing; 1985.
11. Weeks JC, Fiske J. Oral care of people with disability: a qualitative exploration of the views of nursing staff. *Gerodontology* 1994; 11(1):13-7.
12. McDonald RE, Avery DR. *Odontopediatria*. Rio de Janeiro: Ganabara Koogan; 1986.
13. Rath IBS, Bosco VL, Almeida ICS, Moreira EAM. Atendimento odontológico para crianças portadoras de deficiência visual. *Arq Odontol* 2001; 37:183-8.
14. Nandini NS. New insights into improving the oral health of visually impaired children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2003; 21(4):142-3.
15. Lebowitz EJ. An introduction to dentistry for the blind. *Dent Clin North Am* 1974; 18:651-68.
16. Turrini CA, Picolini MAZ. Sugestões para o atendimento odontológico de clientes cegos. Apostila elaborada no Cepre-FCM-Unicamp; 1996.
17. Duailibi SE, Duailibi MT. Uma nova visão sobre o conceito e classificação em pacientes especiais. *Atualização Odontológica Brasileira* 1989; 6(3):53-64.
18. Engar RC, Stiefel DJ. Dental treatment of the sensory impaired patient. Seattle: University of Washington; 1977.
19. Koch G, Modeer T, Poulsen S. *Odontopediatria - uma abordagem clínica*. São Paulo: Livraria Editora Santos; 1992.
20. Manson JD, Eley BM. The prevention of periodontal disease. *Dent Update* 1989; 16(5):189-95.
21. Wright SM. Oral awareness and ability to detect dental plaque. *J Oral Rehabil* 1997; 24(6):461-7.
22. Goulart ACF, Vargas AMD. A percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal. *Arq Odontol* 1998; 34:107-19.
23. Rosetti EP, Sampaio LM, Zuza EP. Controle de placa bacteriana e instrução de higiene oral adaptados a deficientes visuais. *Relato de caso clínico. R Periodontia* 2005; 15(1):28-32.
24. Greeley CB, Goldstein PA, Forrester DJ. Oral manifestations in a group of blind students. *ASDC J Dent Child* 1976; 43(1):39-41.
25. Schembri A, Fiske J. The implications of visual impairment in an elderly population in recognizing oral disease and maintaining oral health. *Spec Care Dentist* 2001; 21(6):222-6.
26. Stewart RE, Barber TK, Wei SH, Troutman KC. *Pediatric Dentistry - scientific foundations and clinical practice*. St Louis: The C.V. Mosby Co.; 1982.
27. Axelsson P, Lindhe J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. *J Clin Periodontol* 1978; 5(2):133-51.
28. Reynolds WE, Block RM. Evaluating the effectiveness of instruction in oral hygiene for mentally retarded boys. *J Public Health Dent* 1974; 34(1):8-12.
29. Magalhães MG, Becker MM, Ramos MS. Aplicação de um programa de higienização supervisionada em pacientes portadores de paralisia cerebral. *RPG Rev Pós Grad* 1997; 4:109-13.

## ABSTRACT

Commonly, there is a lack of knowledge and prejudice from the dentist when dealing with patients with special needs. The visually impaired individual is included in this group of patients, except for the stomatological characteristics. In this case, the management must be particularized. The purpose of

this paper is to present the difficulties experienced during the treatment of a visually impaired patient, discussing the approach and the relationship patient-professional.

**KEYWORDS:** oral hygiene; visually impaired persons; periodontitis; gingivitis.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Irineu Gregnanin Pedron  
Rua Flores do Piauí, 347, São Paulo - SP, CEP: 08210-200  
Tel.: 2944-4067  
E-mail: igpedron@usp.br