

FACULDADE DE SETE LAGOAS - FACSETE

**JAQUELINE DAS GRAÇAS XAVIER
PALOMA MOREIRA MARTINS**

**TÉCNICAS DE ESTABILIZAÇÃO PROTETORA NO ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: Uma revisão da literatura**

SETE LAGOAS

2019

**JAQUELINE DAS GRAÇAS XAVIER
PALOMA MOREIRA MARTINS**

**TÉCNICAS DE ESTABILIZAÇÃO PROTETORA NO ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: Uma revisão da literatura**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Odontologia da Faculdade Sete Lagoas como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Professor orientador: Leonardo Nogueira Rodrigues.
Co-orientadora: Natália Cristina Ruy Carneiro

SETE LAGOAS

2019

RESUMO

Técnicas de Estabilização Protetora no atendimento odontológico de pessoas com deficiência.

Em muitos casos, os indivíduos com deficiência podem apresentar diferentes reações frente ao tratamento odontológico, e o uso das técnicas de estabilização protetora podem ser consideradas alternativas importantes de manejo comportamental deste grupo de indivíduos. No presente estudo, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre as técnicas de estabilização protetora utilizadas no atendimento odontológico de pessoas com deficiência utilizando as seguintes bases de dados: Scielo, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e PubMed. Foram incluídos artigos científicos, teses, dissertações e manuais que atenderam os objetivos desse referido trabalho sem tempo de corte. Foram encontrados 44 trabalhos nas bases de dados previamente selecionadas. As técnicas de estabilização protetora ativa (realizada pelo dentista, auxiliar e/ou acompanhante) e passiva (cintas, faixas, lençóis e/ou pacotes pediátricos) são consideradas as principais técnicas utilizadas durante o tratamento odontológico de pessoas com deficiência. É possível concluir que, o sucesso no atendimento odontológico do paciente com deficiência depende do conhecimento do profissional e de sua equipe sobre as técnicas e os recursos especiais para o posicionamento do paciente na cadeira odontológica. As técnicas de estabilização protetora são seguras e eficazes, podendo ser utilizadas para maior conforto do paciente e segurança da equipe que os assiste.

Palavras-chaves: Estabilização para pacientes com deficiência, Atendimento odontológico para pacientes deficientes, com síndrome de down, Paralisia Cerebral e Transtorno do Espectro do Autismo.

ABSTRACT

Protective Stabilization Techniques in the dental care of people with disabilities.

In many cases, individuals with disabilities may have different reactions to dental treatment, and the use of protective stabilization techniques may be considered important alternatives for behavioral management of this group of individuals. In the present study, a literature review was performed on the protective stabilization techniques used in the dental care of people with disabilities using the following databases: Scielo, Virtual Health Library (VHL) and PubMed. Scientific articles, theses, dissertations and manuals that met the objectives of this work without cutting time were included. We found 44 papers from previously selected databases. Protective active (performed by the dentist, assistant and / or caregiver) and passive (brace, bandage, sheet and / or pediatric) stabilization techniques are considered the main techniques used during the dental treatment of people with disabilities. It can be concluded that success in dental care for patients with disabilities depends on the knowledge of the Professional and his team about the techniques and special resources for positioning the patient in the dental chair. Protective stabilization techniques are safe and effective and can be used for greater patient comfort and safety of the staff assisting them.

Keywords: Stabilization for patients with disabilities, Dental care for disabled patients with down syndrome, Cerebral Palsy and Autism Aspect Disorder.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS- Organização Mundial da Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

UBS - Unidades Básicas de Saúde

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CFO- Conselho Federal de Odontologia

USF- Unidade de Saúde da Família

SD - Síndrome de Down

PC - Paralisia cerebral

TEA - Transtorno do Espectro do Autismo

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PAOPE- Pólo Integrado de Atendimento Odontológico ao Paciente Especial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo Geral.....	9
2.2 Objetivos Específicos	9
3 METODOLOGIA	10
4 REVISÃO DE LITERATURA	11
4.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	12
4.2 Tratamento odontológico de pessoas com deficiência	12
5 TÉCNICAS DE ESTABILIZAÇÃO PROTETORA.....	13
5.1 Estabilização protetora física ativa.....	14
5.2 Estabilização protetora física passiva.....	15
5.3 Tipos de estabilização protetora ativa/passiva.....	16
6 INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES DAS TÉCNICAS DE ESTABILIZAÇÃO PROTETORA.....	18
7 DISCUSSÃO	19
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
9 REFERÊNCIAS.....	23
10 ANEXOS	28
10.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	28

1 INTRODUÇÃO

Pessoas com deficiência são indivíduos que apresentam uma alteração ou condição, simples ou complexa, momentânea ou permanente, de etiologia biológica, física, mental, social e/ou comportamental, que requerem uma abordagem especial, multiprofissional e um protocolo específico de atendimento (CAMPOS *et al.*, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de um bilhão de pessoas no mundo vivem com algum tipo de deficiência, algo em torno de 15% da população mundial (OMS, 2012).

No Brasil, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2017 apontam que 45,6 milhões de pessoas têm algum tipo de deficiência, o que corresponde a 23,91% da população brasileira. Destas, 12,7 milhões (6,7% da população total) possuem, pelo menos, um tipo de deficiência severa. Foi observado, ainda, que entre as pessoas com deficiência que vivem no Brasil, 18,8% têm deficiência visual; 7,0% motora; 5,1% auditiva e 1,4% intelectual (IBGE, 2012).

A grande maioria dos indivíduos com deficiência pode e deve ter o seu atendimento odontológico no âmbito da atenção primária, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ao constatar a impossibilidade da prestação de serviço neste nível de atenção o indivíduo será encaminhado para o atendimento de referência. A portaria número 599/GM, de 23 de março de 2006, define a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e estabelece a avaliação e atendimento das necessidades odontológicas dos pacientes com deficiência (BRASIL, 2006).

Observa-se que no Brasil existem inúmeros casos de problemas enfrentados com relação ao acesso aos serviços oferecidos às pessoas com deficiência. Esse é um problema que encontramos muitas vezes nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). O Ministério da Saúde, em seu Caderno de Atenção Básica N°17 - Saúde Bucal, expressa que as Equipes de Saúde Bucal deverão ser capacitadas para prestar assistência odontológica às pessoas com deficiência e que estes só deverão ser encaminhados ao atendimento especializado nos casos em que extrapolem esta capacidade (BRASIL, 2006).

Mas, essa não é a nossa realidade. Ainda há muito o que ser feito para que se alcance a equidade da assistência a estas pessoas (LAWRENCE *et al.*, 2014).

Os profissionais da área odontológica enfrentam algumas dificuldades em lidar com o cuidado direcionado aos pacientes com deficiência, muitas vezes

relacionado à falta de experiência e conhecimento técnico suficiente para a prestação de serviços. (ARAGÃO *et al.*, 2011).

Em muitos casos, os indivíduos com deficiência podem apresentar diferentes reações frente ao tratamento odontológico, e o uso de técnicas de estabilização protetora, são importantes no manejo comportamental dos pacientes com deficiência. As técnicas de estabilização protetora reduzem os movimentos dos pacientes, com o intuito de diminuir os riscos de acidentes envolvendo os cirurgiões-dentistas, e proporciona uma segurança maior durante a realização dos procedimentos odontológicos. Quando os braços e as pernas dos pacientes com deficiência são contidos pela equipe auxiliar do dentista e/ou pelos pais/responsáveis enquanto o tratamento é realizado denomina-se técnica de estabilização protetora ativa. Na estabilização protetora passiva, utilizam-se tecidos ou equipamentos específicos que envolvem o paciente contendo seus movimentos (AAPD, 2010).

Técnicas de estabilização protetora utilizadas no atendimento clínico odontológico para indivíduos com deficiência, dando ênfase aos indivíduos com Síndrome de Down (SD), Paralisia Cerebral (PC) e Transtorno do Espectro Autista (TEA). A SD é uma anomalia cromossômica, caracterizada por uma série de sinais e sintomas, denominada trissomia simples do cromossomo 21 (CARVALHO *et al.*, 2010). A PC é uma encefalopatia crônica não progressiva que pode ser derivada de uma lesão encefálica ou pelo mau desenvolvimento do cérebro, dessa forma ocasiona o comprometimento de várias partes do corpo ou apenas a paralisia de um único membro (PINTO, 2003). O TEA é uma síndrome caracterizada, principalmente, pela dificuldade de interação social e atraso na linguagem falada (GAUDERER, 1997).

Muitos profissionais da área odontológica enfrentam dificuldades no tratamento e manejo de indivíduos com deficiência. O uso das técnicas de estabilização protetora podem ser consideradas alternativas importantes de manejo comportamental que visa uma maior eficiência, conforto e agilidade no procedimento odontológico tanto para o paciente quanto para a equipe que os assiste.

Diante das dificuldades enfrentadas pelos cirurgiões-dentistas é importante que estes profissionais se aprimorem quanto ao uso das técnicas de estabilização protetora existentes para oferecer um tratamento odontológico de qualidade, sem causar dano físico ou emocional ao paciente com deficiência.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Apresentar as técnicas de estabilização protetora utilizadas no manejo comportamental de indivíduos com deficiência através de uma revisão da literatura.

2.2 Objetivos Específicos

-) Apresentar os tipos de estabilização protetora evidenciados na literatura científica;
-) Apresentar as indicações e contraindicações das técnicas de estabilização protetora.

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre as principais técnicas de estabilização protetora utilizadas no atendimento odontológico de indivíduos com deficiência, foram consultadas as seguintes bases bibliográficas: Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e PubMed. As seguintes palavras-chaves foram utilizadas como estratégia de busca: estabilização para pacientes com deficiência, atendimento odontológico para pacientes deficientes, com Síndrome de Down, Paralisia cerebral e Autismo.

Foram selecionados artigos científicos, teses, dissertações, manuais que atenderam os objetivos desse referido trabalho sem tempo de corte.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Os indivíduos com deficiência geralmente não têm habilidade para promoverem uma higiene oral satisfatória e muitas vezes não permitem que outras a façam, ou a façam de maneira adequada por apresentarem comportamento agressivo ou movimentos involuntários que dificultam a higienização. Entretanto, aquelas que se apresentam com autossuficiência e independência em relação à escovação algumas vezes podem ter a higiene oral negligenciada pelos responsáveis/cuidadores (BONATO, *et al.*, 2013).

O tratamento odontológico direcionado às pessoas com deficiência se torna mais difícil e necessita de um tempo mais prolongado nas sessões e um número maior delas, além de exigir muito mais paciência e dedicação do operador (ASSIS, 2014).

A Odontologia para pessoas com deficiência, foi considerada como especialidade pelo Conselho Federal de Odontologia em 2002 (CFO,2002).

No entanto, ainda é pouco conhecida. Dados epidemiológicos ou sobre serviços odontológicos a estes pacientes são escassos, mas muito necessários para o planejamento de uma atenção odontológica de maior qualidade para este grupo específico da população (PEREIRA, *et al.*, 2010).

A terminologia “pacientes com deficiência” vem substituindo os já conhecidos termos “portadores de deficiência” ou “excepcionais”. A definição de indivíduos com deficiência já está formulada de comum acordo entre as associações de diversos países. A idéia de que estas pessoas apresentam deficiência como sinônimo de incapacidade de participação e integração na sociedade vem sendo derrubada pela observação e dados científicos a respeito (ASSIS, 2014).

É necessário o respeito a suas limitações e suas potencialidades de oferecerem sua contribuição à sociedade a qual pertencem. Com o reconhecimento, esta especialidade da odontologia vem se organizando para o maior entendimento e estruturação da prática clínica as pessoas com deficiência. As técnicas e adaptações da Odontologia dizem mais respeito aos conhecimentos científicos e ao manejo das limitações e necessidades dos indivíduos (SANTOS, *et al.*, 2009).

A inserção dessa área no curso de graduação de Odontologia se faz necessário para que o aluno possa trabalhar como projeto de extensão e adquirir uma evolução em sua postura crítica em relação à profissão e no impacto dela sobre a doença bucal em grupos especiais.

A implantação do Pólo Integrado de Atendimento Odontológico ao Paciente Especial (**PAOPE**), em 25 de agosto de 1995, vai ao encontro às necessidades de um grupo da população praticamente desassistida no que se refere à promoção de saúde, por oferecer uma assistência odontológica especializada aos portadores de deficiência mental pura ou associada a outras patologias (síndrome de down, paralisia cerebral, entre outras), acompanhada por uma equipe integrada de profissionais nas áreas de: Serviço Social, Psicologia, Medicina, Enfermagem, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BONATO, *et al.*, 2013).

Essa equipe multidisciplinar emprega sistemas de avaliações e estratégias clínicas, que proporcionam um tratamento odontológico ambulatorial, com maior conforto, qualidade e segurança para esses indivíduos.

4.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Para a aplicação das técnicas deve-se seguir um critério fundamental, que é a obtenção da autorização dos pais ou responsável através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos pais e que isenta o profissional de qualquer responsabilidade legal e ética (MACHADO *et al.*, 2009).

Na maioria das vezes, o pedido de assinatura do TCLE é negligenciado, pois a atitude paternalista do cirurgião-dentista, na qual se estabelece uma relação vertical em que o profissional é detentor do conhecimento, tem imperado também nos consultórios. Neste termo de consentimento deve relatar aos responsáveis de maneira clara e objetiva, o procedimento que será realizado, indicações e contraindicações e de acordo com o grau de entendimento dos responsáveis pelo paciente com deficiência e o mais importante e explicar a necessidade do uso de técnicas de comportamento caso o indivíduo tenha uma aversão ao atendimento (MACHADO *et al.*, 2009).

4.2 Tratamento odontológico de pessoas com deficiência

O sucesso do tratamento odontológico das pessoas com deficiência está relacionado a uma criteriosa anamnese; no condicionamento e adequação que fará com que o profissional possa atuar nos procedimentos com o mínimo de risco durante o atendimento, permitindo que esse tratamento possa ser realizado em consultório comum

sem precisar recorrer a atendimento hospitalar sob anestesia geral (OLIVEIRA, GIRO, 2011).

O Cirurgião-Dentista capacitado para atender indivíduos com deficiência necessita adaptar o consultório com equipamentos de urgência e medicamentos, ser auxiliado por duas atendentes, possuir um vasto conhecimento de farmacologia aplicada e dos problemas sistêmicos com reflexos na cavidade oral, conseguidos por meio de literatura específica, cursos de capacitação e constante atualização (CANALLI, 2011).

Quanto maior for o grau de comprometimento cognitivo do paciente, maior é a exigência quanto à dedicação, a paciência, a criatividade e a capacidade de comunicação por parte do profissional, para que o tratamento possa ser bem conduzido(PEREIRA, *et al.*, 2010).

5 TÉCNICAS DE ESTABILIZAÇÃO PROTETORA

Segundo Lima *et al.* (1974) entende-se por estabilização em odontologia qualquer método utilizado com o objetivo de manter o paciente na cadeira odontológica em condições favoráveis para a execução do atendimento. Tal estabilização pode ser física ou química. A estabilização protetora física é feita pelo profissional e/ou pelos auxiliares (estabilização ativa). Pode ser realizada também através de acessórios para imobilizar o indivíduo (estabilização passiva). Ranalli (2001) afirmou que, no Brasil, muitos profissionais da Odontologia sentem-se inseguros ou despreparados para fazer uso destes recursos, disponíveis para o controle do comportamento do paciente na clínica odontológica.

5.1 Estabilização protetora física ativa

A estabilização protetora realizada pelo dentista, auxiliar ou acompanhante é denominada estabilização física ativa (Figura 2A e 2B), sendo o porte físico do paciente determinante sobre a maneira como está estabilização será realizada. Se o indivíduo for de pequena estatura, provavelmente será imobilizada no colo do acompanhante ou da auxiliar. Caso seja um indivíduo de maior porte, poderá ser estabilizado diretamente na cadeira (Aquino, 1974; Nathan, 1989; Feigal, 1995).



Fonte: MACHIAVELLI *et al.* (2015, p. 60).

Figura 2- A- Paciente autista sendo examinado sob contenção física, com o auxílio do cuidador, após algumas consultas de adaptação. B- Paciente sendo atendido sob contenção física, com 4 auxiliares e a mãe.

5.2 Estabilização protetora física passiva

A estabilização física passiva (Figura 1) pode ser realizada através de diversos acessórios desenvolvidos para auxiliar o cirurgião-dentista durante o procedimento odontológico. Os acessórios podem ser cintas, faixas, lençóis e/ou pacotes pediátricos (como o Papoose Board® e o PediWrap®), que deixam a criança completamente imobilizada (Lima et al., 1974; Tesini & Fenton, 1994; Weddell et al., 2001).



Fonte: MACHIAVELLI *et al.* (2015, p. 64).

Figura 1- Uso de faixas para estabilização protetora passiva

5.3 Tipos de estabilização protetora ativa/passiva

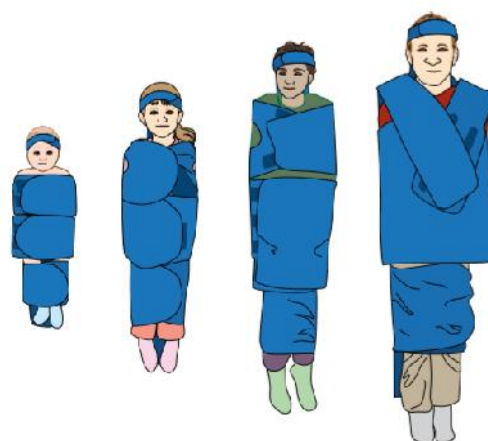
Para o corpo:

- J Embrulho com lençol, faixas em napa e velcron (Figura 3);
- J Lençol e ataduras em crepe (Figura 6);
- J Kit estabilizador - contém o movimento do paciente de modo mais seguro rápido (Figura 4);
- J Holding therapy: terapia do abraço (Figura 5),(MAREGA, 2005).



Fonte: MACHIAVELLI *et al.* (2015, p. 115).

Figura 3: Estabilização de paciente autista com faixas de courvin e velcro.



Fonte: MACHIAVELLI *et al.* (2015, p. 116)

Figura 4 – estabilização do paciente com faixas



Fonte: MACHIAVELLI *et al.* (2015, p. 113).

Figura 5 – Estabilização física em criança: terapia do abraço



Fonte: MACHIAVELLI *et al.* (2015, p. 116).

Figura 6 - Estabilização com faixas e assento de imobilização

Para as extremidades:

-) Lençol e ataduras.
-) Estabilização pelos pais e /ou auxiliar (MAREGA, 2005).

Para a cabeça:

-) Apoios de cabeça.
-) Travesseiro centralizador;
-) Estabilização pelos pais e/ou auxiliar (Figura 1) (MAREGA, 2005).



Fonte: MACHIAVELLI *et al.* (2015, p. 115).
Figura 7 – Estabilização física: pelos pais e /ou auxiliar.



Fonte: MACHIAVELLI *et al.* (2015, p.109).
Figura 8 – Estabilização física: Lençóis e ataduras

6 INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES DAS TÉCNICAS DE ESTABILIZAÇÃO PROTETORA

Indicações: A estabilização do paciente é indicada quando:

-) Pacientes cujos movimentos involuntários constantes e desordens que impeçam seu posicionamento na cadeira odontológica. Por exemplo: portadores de paralisia cerebral.
-) Deficientes mentais profundos que não colaboram.
-) Pacientes agitados, agressivos, extremamente resistentes nos casos onde não há indicação de anestesia geral (KLATCHOIAN, *et al.*2017).

Contraindicações: A estabilização do paciente é contraindicada em:

-) Pacientes cooperativos não-sedados;
-) Pacientes que não podem ser imobilizados com segurança devido a condições médicas associadas;
-) Pacientes que tiveram experiências traumáticas prévias, sejam físicas ou psicológicas, com a estabilização protetora (a menos que nenhuma alternativa esteja disponível (KLATCHOIAN, *et al.*2017).

7 DISCUSSÃO

De acordo com a literatura, as pessoas com deficiência são aquelas que necessitam de cuidados especiais por tempo indeterminado ou por parte de sua vida e, seu tratamento odontológico baseia-se em eliminar ou contornar as dificuldades existentes em função de uma limitação, seja de ordem mental, física, sensorial, comportamental e de crescimento (GUEDES PINTO *et al.*,2003).

Estima-se que a prevalência das deficiências no mundo é de uma pessoa a cada dez sendo que desse total, mais de 2/3 não recebem nenhum tipo de assistência odontológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

Segundo o Ministério da Saúde (1992), fatores como a falta de profissionais capacitados e habilitados, de programas preventivos em saúde bucal, e de diretrizes voltadas à assistência odontológica ao paciente especial são considerados fatores que levam esses indivíduos a desenvolver uma maior vulnerabilidade às doenças bucais em relação aos indivíduos sem deficiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

Outros fatores contribuem para que um número considerável de indivíduos com deficiência necessite de atenção odontológica e, no entanto, não concluem o tratamento iniciado e/ou retornavam para o controle preventivo. Dentre eles, é citado uma baixa condição socioeconômica, dificuldades de transporte e deslocamento aos locais de atendimento, e do tempo despendido nos diversos tratamentos de reabilitação médica realizados em paralelo ao tratamento odontológico (SILVEIRA e SOUZA, 1986).

Em muitos casos, observa-se que os indivíduos diagnosticados com deficiência mental necessitam ser estabilizados durante algum procedimento odontológico utilizando-se as técnicas de estabilização protetora. O uso dessas técnicas pode ser justificado a fim de proteger o profissional, a equipe e principalmente o paciente de qualquer trauma ou injúria (SILVEIRA, SOUZA, 1986).

O tratamento odontológico se torna difícil necessitando de um tempo mais prolongado nas sessões e um maior número delas, além de exigir muito mais paciência e dedicação. Muitos indivíduos com deficiência necessitam realizar consultas odontológicas e médicas, incluindo exames como tomografia, eletroencefalograma, eletrocardiograma e endoscopia, porém não possuem comportamento colaborador durante o procedimento. Segundo o ministério da saúde, é usual que as pessoas com deficiência mental sejam sedadas para a realização de algum procedimento médico ou

odontológico, face aos problemas de comportamento no consultório, já que não possuem compreensão sobre o atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE,1992).

Além de uma anamnese detalhada, é essencial que se estabeleça uma relação de confiança entre as partes (a equipe que assiste o paciente com deficiência e os pais/responsáveis). O profissional precisa conhecer a história individual e médica do paciente, identificando seu tipo de deficiência e limitações, observando seu comportamento e da família e o relacionamento entre eles (CANCINO *et al*, 2005).

O uso da estabilização protetora é realizado em indivíduos com deficiência não colaborativos em que não aderem às técnicas de manejo comportamental e condicionamento ativo e passivo, dificultando o tratamento clínico (ROMER *et al*,2009).

A estabilização protetora visa permitir a segurança tanto para o paciente como para o profissional, restringindo a liberdade de movimentos do indivíduo, e com isso promover segurança, melhorar a qualidade do procedimento e evitar injúrias durante o tratamento odontológico (CONNICK, *et al.*,2000, AMERICAN, 2006, ROMER *et al.*,2009).

Para o atendimento odontológico aos pacientes com deficiência que apresentam autismo, PC ou SD algumas vezes é necessário dispor de diferentes técnicas de estabilização. A finalidade é manter o paciente posicionado na cadeira odontológica em condições favoráveis para a execução adequada do tratamento, restringindo os movimentos (voluntários ou involuntários) sem causar dor ou lesão.

Observa-se que a técnica de estabilização protetora mais utilizada na clínica odontológica é a estabilização ativa, realizada pela equipe odontológica, e em alguns casos, com a ajuda dos pais/responsáveis. É importante destacar, que independente da técnica a ser sugerida e utilizada pela equipe, em conformidade com questões éticas e legais, a família deve ser orientada sobre os procedimentos que serão realizados. (Grandin,1992).

O posicionamento dos pacientes na cadeira odontológica também é importante, devendo-se sempre buscar a postura mais adequada e a estabilização dos movimentos de maneira individualizada a cada paciente. Por exemplo, uma característica marcante em muitos pacientes com PC é a presença de espasmos musculares e movimentos atáxicos. Sendo assim, em muitos casos, a estabilização física ativa deve ser realizada na presença dos responsáveis pelo paciente, quando for necessário controlar os reflexos musculares; caso seja necessária a estabilização, recomenda-se que os pais/ responsáveis ajudem na estabilização para transmitir mais

confiança ao paciente. Além disso, essa estabilização física pode fazer parte das sessões de condicionamento (CAMPOS et al.,2009).

Após a avaliação clínica do paciente e revisão de sua condição sistêmica, o tratamento odontológico do paciente com SD pode ser planejado e deve ter metas bem claras e definidas (SILVA e CRUZ, 2009). Se necessário a estabilização, recomenda-se a estabilização física ativa que os pais/responsáveis e auxiliares do cirurgião-dentista ajudem na estabilização para transmitir maior confiança ao indivíduo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se que, as técnicas de estabilização protetora ativa ou passiva são consideradas eficientes e que viabilizam o tratamento odontológico, minimizando possíveis riscos de acidente e injúrias ao paciente e a equipe que os assiste.

O primeiro passo para se iniciar o tratamento odontológico de um paciente com deficiência envolve o conhecimento do mesmo a partir de uma minuciosa anamnese e exame físico criterioso. Para isso, faz-se necessário o cirurgião-dentista assumir um compromisso e responsabilidade em buscar informações úteis. Além disso, é importante que a equipe esteja em conformidade com as questões éticas e legais, e oriente o paciente e sua família em relação aos procedimentos e tratamentos que serão realizados, bem como a obtenção do TCLE.

É importante ressaltar ainda, que os procedimentos odontológicos realizados em pacientes com deficiência não diferem daqueles realizados em pacientes sem deficiência. No entanto, em muitos casos a abordagem será diferente, o conhecimento da deficiência e algumas particularidades técnicas que podem auxiliar o atendimento.

Boa parte do sucesso no atendimento odontológico do paciente com deficiência depende do conhecimento do profissional e de sua equipe sobre as técnicas e os recursos especiais para o posicionamento do paciente na cadeira odontológica. Esses pacientes devem ser posicionados da maneira mais confortável e segura possível, permitindo a correta estabilização dos movimentos, boa visibilidade do campo para o operador e segurança para a equipe e paciente.

9 REFERÊNCIAS

ABRAOH. Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar. [homepage na internet; acesso em 15 mai 2008]. Disponível em: <http://www.abraoh.com.br/publicacoes/Pacientesespeciais.pdf>.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. **Pediatric Dentistry**, Reference Manual, v.32, n.6, p. 147-155, 2010/2011d.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatric*, v.28, p. 97-105, 2006.

AQUINO, R. T. O atendimento clínico-odontológico ao excepcional. *Ars Cvrandi Odontol.*, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 23-28, nov./dez. 1974.

ARAGÃO A. K. R. et al. **Acessibilidade da Criança e do Adolescente com Deficiência na Atenção Básica de Saúde Bucal no Serviço Público**: Estudo Piloto. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr.* 2011;11(2):159-164. [Acesso em: 2019 março 25]; Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/1425/664>.

BONATO, L. L., et al. Situação atual da formação para assistência de pessoas com necessidades especiais nas faculdades de odontologia no Brasil. **Clínica e Pesquisa em Odontologia-UNITAU**, v. 5, n. 1, p. 10-15, 2013.

BRASIL. **Caderno de atenção básica. Saúde bucal**. Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2006.

Campos CC; Haddad AS. **Transtornos de comportamento e tratamento odontológico**. In: Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Editora Santos; 2007. p.228-39.

CAMPOS, T. N. D. et al. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, 2008. 20(2), 186-194.

CANALLI, C. S. E. et al. A humanização na Odontologia: uma reflexão sobre a prática educativa. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 68, n. 1, p. 44, 2011.

CANCINO, C.M.H. *et al.* **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**
Percepções, sentimentos e manifestações de alunos e familiares de pacientes.
Tese Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia. Rio Grande do Sul. 2005.

CONNICK, C.; PALAT, M.; PUGLIESE, S.; The appropriate use of physical restraint: Considerations. *J Dent Child*,v. 67, p. 256-62, 2000.

CARDOSO, A. K. D. **Estudo da acessibilidade aos serviços odontológicos em um grupo de pacientes especiais do município de Natal/RN.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

CORREA, M. S. N. P.; Odontopediatria na primeira infância. 2ª Ed. São Paulo (Santos), 2005.

CARVALHO A. C. A. CAMPOS; P. S. F.; REBELLO, I. C. **Síndrome de Down:** aspectos relacionados ao sistema estomatognático. *R Ci med biol.* 2010; 9(supl.1): 49-52.

CASTRO, A. M., et al. Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. **Rev Odontol UNESP**, v. 39, n. 3, p. 137-42, 2010.

DE ASSIS, C. Dentistas para lá de especiais. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 71, n. 1, p. 58, 2014.

DE OLIVEIRA SANTOS, B. M.; DE AQUINO, D. J. N.; FERNANDES, D. R. Perfil epidemiológico dos portadores de necessidades especiais atendidos em uma clínica odontológica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 2, p. 83-91, 2008.

DUAILIBI, S. E.; DUAILIBI, M. T. Odontologia para pacientes especiais- Uma nova visão sobre conceito e classificação em pacientes especiais. **Rev Paul Odontol** 1998; 20(2): 28- 33.

EISENBERG, L. S. The care and treatment of handicapped children. *ASDC J. Dent. Child.*, Chicago, v. 43, n. 7, p. 240-244, July/Aug. 1976.

FEIGAL, R. Pediatric behavior management through nonpharmacologic methods. *Gen. Dent.*, Chicago, v. 43, n. 4, p. 327-332, July/Aug. 1995.

GAUDERER C. **Autismo e outros atrasos de desenvolvimento**: guia prático para pais e profissionais. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1997.

GUEDES-PINTO, A. C. et al. *Odontopediatria*. 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de Dados Agregados. Censo Demográfico e Contagem da População. **Censo Demográfico2010**: características gerais da população, religião e deficiência. 2012.

KLATCHOIAN, A.D; NORONHA, C.J; TOLEDO, A.O. Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria : 2.ed.São Paulo: Editora Santos,2017

LANNES, C. M.; MORAES, S. A. V. Pacientes especiais. In: *Odontopediatria*. 1997. p. 875-904.

LAWRENCE H, et al. Acesso à saúde bucal pública pelo paciente especial: a ótica do cirurgião-dentista. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2014 Abr-Jun;27(2):190-197.

LIMA, A. P., FALSI, D.; TALLONE, E. Métodos de estabilização mecânica para pacientes mentalmente subnormais. *Ars Cvrandi Odontol.*, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 29-35, nov./dez. 1974.

MAREGA, T e cols., Técnicas de abordagem no atendimento a pacientes com necessidades especiais, Anais. 16º Conclave Internacional de Campinas ISSN 1678-1899 - n. 115 - Março/Abril 2005.

NATHAN, J. E. Management of the difficult child: a survey of pediatric dentists' use of restraints, sedation and general anesthesia. ASDC J. Dent. Child., Chicago, v. 56, n. 4, p. 293-301, July/Aug. 1989.

OLIVEIRA ACB. Atenção odontológica ao paciente portador de deficiência mental. Revista Científica do Hospital Central do Exército. 2006; (1):16-20.

OLIVEIRA, A. L. B. M; GIRO, E. M. A. Importância da abordagem precoce no tratamento odontológico de pacientes portadores de necessidades especiais. **RevistaOdonto**, p. 45-51, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre a deficiência**. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: EDPcD, 2012. 334 p.

PEREIRA, L. M. et al. Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS. **RevistaStomatos**, v. 16, n. 31, p. 92-99, 2010.

PINTO; A. C. G, **Odontopediatria**. Santos, São Paulo: 2003

RANALLI, J. Óxido Nitroso: por que usar. APCD Jornal, São Paulo, n. 529, p. 32, maio 2001.

ROMER, M.; Consent, restraint, and people with special needs: a review. Spec Care Dentist, v.29, n.1, p. 58-66, 2009.

SANTOS, Branca et al. Assistência odontológica a portadores de necessidades especiais sob a ótica dos cuidadores. **RevistaBrazilian Dental Science**, v. 12, n. 2, 2009.

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

SILVEIRA, J. O. L.; SOUZA, M. A. L. Aspectos odontológicos em pacientes excepcionais. **RevistaAtual. odontol. bras**, v. 3, n. 5, p. 73-9, 1986.

TESINI, D. A.; FENTON, S. J. Oral health needs of persons with physical or mental disabilities. *Dent. Clin. North Am., Philadelphia*, v. 38, n. 3, p. 483-497, July 1994.


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

WEDDELL, J. A.; JONES, J. E. Serviços dentários hospitalares e o uso de anestesia geral para crianças. In: McDONALD, R. E.; AVERY, D. R. *Odontopediatria*. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 15, p. 235- 255.

Zanetti G, Punhangui M, Frossard W, Oda N. Conduta Clínica frente aos diferentes tipos de comportamento infantil. *UNOPAR Cient, Ciênc Biol Saúde* 2001 out; 3(1):69-75.

10 ANEXOS

10.1 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido



Grupo
Qualidade em Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO DE
CONTENÇÃO FÍSICA EM ODONTOPEDIATRIA
E PACIENTES ESPECIAIS

Nome do Paciente: _____

Responsável: _____

Prontuário: _____

Dentista: _____

Declaro que autorizo esse instrumento, na qualidade de _____
(mãe, pai ou responsável) pelo menor _____ utilização de
CONTENÇÃO FÍSICA.

Declaro também que foi esclarecido sobre contenção física:
Contenção física é um método indicado para pacientes que não cooperam o tratamento e/ou diagnóstico, por problemas mentais, de maturidade, ou até mesmo físicos, e também quando outras técnicas de controle forem ineficazes. A contenção total ou parcial através de imobilização tem como objetivo proteger o paciente e os profissionais envolvidos. Ela pode ser executada pelo dentista, auxiliares, pais ou responsável, podendo utilizar acessórios dependendo da técnica utilizada. E a contenção física será utilizada em casos especiais e como último recurso após outras tentativas, como condicionamento psicológico.

Declaro que li, estou ciente das orientações acima e na qualidade de responsável pelo paciente, que é absolutamente ou relativamente incapaz, concordo e autorizo a realização.

_____, _____ de _____ de _____
RG: _____

Assinatura Paciente ou Responsável:

Assinatura Dentista Responsável: