

Manejo odontológico de paciente deficiente auditivo. Relato de caso

Maria Helena Monteiro de Barros MIOTTO¹
Daniele Petri DE BORTOLO²
Maria da Penha Giurizatto DE ARAUJO²

RESUMO

Palavras-chave: Paciente especial, deficiência auditiva, condicionamento psicológico.

Pacientes portadores de deficiência física e mental podem ser sinônimo de “medo” e “receio” para grande parte dos cirurgiões-dentistas, por oferecerem algumas dificuldades em seu manejo e no próprio tratamento odontológico. Este trabalho aborda uma breve revisão de literatura e o relato do caso clínico de um portador de deficiência auditiva congênita, de cinco anos de idade, inabilitado à linguagem básica dos sinais. O paciente recebeu atendimento odontológico no ambulatório de Clínica Integrada Infantil, da Universidade Federal do Espírito Santo. A princípio, apresentava-se não receptivo ao tratamento. Empregando-se a técnica do condicionamento psicológico da criança, foi possível obter sua cooperação e, assim, prestar-lhe atendimento. Concluiu-se que o deficiente auditivo necessita de uma abordagem odontológica diferenciada. Portanto, é de grande importância que o profissional saiba identificar as limitações desse paciente, procurando estabelecer com ele uma adequada comunicação, pois assim o cirurgião-dentista conquistará a sua confiança e amizade e será capaz de desempenhar seu trabalho com eficiência e grande satisfação.

Data de recebimento: 27-02-03
Data de aceite: 22-04-03

¹Professora adjunta de Clínica Integrada Infantil - UFES, mestra em Saúde Coletiva - UNICASTELO
²Acadêmicas do Curso de Odontologia - UFES

INTRODUÇÃO

Durante as duas últimas décadas, ocorreram modificações significativas não somente na atitude dos pais de crianças com problemas especiais, mas também com relação aos profissionais das áreas de saúde e educação. Atualmente, as profissões médicas estão ligadas a instituições educacionais e a grupos de pais e voluntários que unem esforços no sentido de instituir técnicas especiais para o tratamento e prevenção de pacientes deficientes físicos e mentais.

Muitas crianças deficientes são mais adequadamente controladas, inicialmente, por uma equipe multidisciplinar, na qual o dentista estará mais bem preparado para avaliar os achados extrabucais e intrabucais da criança (WEDDELL et al., 2001).

Pacientes portadores de deficiência física e mental podem apresentar, para o cirurgião-dentista, algumas dificuldades no seu manejo e no próprio tratamento odontológico. No entanto, antes de serem classificados como "pacientes difíceis", eles são, na realidade, "diferentes" sob alguns aspectos. Um grande número desses pacientes pode ser tratado em ambiente ambulatorial, sendo fundamental que o cirurgião-dentista possua conhecimentos técnicos e científicos sobre alguns dos problemas mais comuns que afetam esses pacientes, além de boa vontade, paciência e espírito humanitário (BEZERRA; TOLEDO, 1996; LANNES; VILENA MORAIS, 1997).

No âmbito odontológico, cabe ao cirurgião-dentista considerar as dificuldades emocionais da família do paciente, observando sentimentos de superproteção e rejeição não são bem definidos, bem como respeitar os limites do paciente,

com uma abordagem adequada. É comum os familiares questionarem se vale a pena dispensar cuidados odontológicos, já que a criança é deficiente e o tratamento pode ser mais trabalhoso. Cabe, então, ao profissional elevar a estima familiar pela saúde bucal do paciente e reforçar todos os benefícios, não só do ponto de vista odontológico como do seu desenvolvimento global, buscando melhorar na qualidade de vida desse paciente (SCHMIDT, 1998).

Na abordagem, o primeiro contato da criança excepcional e de seus pais com o profissional e com o ambiente odontológico é sempre muito importante. A preocupação e a ansiedade dos pais são esperadas, e o dentista deve tranquilizá-los, discutindo sobre o exame estomatológico inicial e assegurando-lhes que, havendo necessidade, a cooperação deles será prontamente solicitada (BEZERRA; TOLEDO, 1996; LANNES; VILENA MORAIS, 1997).

É importante, na visita inicial, que seja realizada uma anamnese detalhada sobre a história médica e odontológica do paciente e que seja feita a detecção e a compreensão do tipo de sua excepcionalidade, para que se possa manejá-lo de maneira correta. O exame bucodentário deve ser executado, sempre que possível, de maneira eficiente, rápida e carinhosa. O resumo dos dados da anamnese deve ser analisado com cuidado e, se algum subsídio relacionado com problemas médicos for necessário, o profissional da área deve ser ouvido. Também é de suma importância que, ao despedir os pais, o resultado do exame inicial seja relatado, informando-os sobre a natureza dos problemas odontológicos da criança, a fim de que depositem maior con-

fiança no profissional (BEZERRA & TOLEDO, 1996). Os registros radiográficos adequados sempre são necessários para o plano de tratamento da criança com deficiência. Normalmente, o profissional obtém melhor cooperação de algumas crianças, retardando as radiografias para a segunda visita, quando elas estarão mais familiarizadas com o consultório (WEDDELL et al., 2001).

A abordagem odontológica ao paciente deficiente deve ser realizada o mais precocemente possível e deve priorizar aspectos preventivos. Um programa eficaz de odontologia preventiva é importante para a criança deficiente, devido aos fatores predisponentes que tornam os cuidados odontológicos restauradores mais difíceis de se obter, quando necessários. Esse programa deve conter os cuidados odontológicos caseiros (de higiene bucal e de controle de dieta, feitos pelos pais sob orientação do profissional), restaurações preventivas (selantes de sulcos e fissuras, visando a prevenir cáries oclusais) e supervisão profissional periódica (LANNES; VILENA MORAIS, 1997; WEDDELL et al., 2001).

Com relação ao controle do paciente excepcional durante o atendimento odontológico, da mesma forma como ocorre com crianças normais, deve-se tentar o condicionamento psicológico do paciente, para que se obtenha sua cooperação, antes de qualquer outro recurso. É oportuno alertar aos pais que nem sempre o choro da criança é indicativo de dor, pois muitas vezes constitui uma forma de externar suas tensões emocionais. A contenção física ou química somente deve ser utilizada diante da ineficiência dos métodos psicológicos (BEZERRA; TOLEDO, 1996).

REVISÃO DE LITERATURA

Paciente Portador de Deficiência Auditiva

A surdez existe desde o tempo primitivo, em que o deficiente auditivo era considerado portador de espíritos malignos e, como tal, era marginalizado. Até recentemente, no seio de inúmeras famílias, o "surdo" era relegado a um segundo plano, pois sua deficiência, supostamente irrecuperável, afastava-o das atividades normais da família (VICENTE, 2000).

Os pacientes portadores de deficiência auditiva são aqueles em que o sentido da audição não funciona para as atividades normais de comunicação da vida. Esse grupo é formado por duas classes baseadas totalmente no tempo transcorrido desde a perda da audição: surdez congênita (aqueles que nascem surdos) que pode ser hereditária, pré-natal ou perinatal; e surdez adquirida (aqueles que nasceram com ouvido normal, mas, em consequência de fatores patológicos ou acidentais, perderam o sentido da audição). Existem ainda os deficientes auditivos parciais, que são aqueles nos quais o sentido da audição, ainda que deficiente, pode funcionar com ou sem aparelho auditivo (FOURNIOL FILHO, 1981).

Os problemas com a audição apresentam deficiências cognitivas, sociais e principalmente de linguagem. Na sociedade, esses problemas se manifestam pela fala e provocam um impacto no desenvolvimento de seus portadores. A deficiência de linguagem oral é resultado da perda da audição, e não um defeito no mecanismo da fala (FOURNIOL FILHO, 1981; KOCH et al., 1995).

A deficiência auditiva acarreta conseqüências peculiares e definitivas sobre a personalidade de seu portador, sendo importante ressaltar que a escola especial para crianças deficientes auditivas exerce fator profilático nesse sentido. Essa deficiência faz com que a criança, quando não freqüenta a escola especial, procure intérpretes para suas necessidades. Na maioria dos casos, esses intérpretes são seus pais, provocando assim grande dependência paternal (FOURNIOL FILHO, 1981).

No âmbito odontológico, não há problema dentário específico associado à surdez isolada. Entretanto, uma maior incidência de hipodontia tem sido relatada (KOCH et al., 1995).

Os pais devem funcionar como primeiro elo de ligação entre o dentista e a criança especial. Se o profissional souber a linguagem manual dos surdos ou a leitura labial e o paciente as utiliza, mais rápida será a correspondência de confiança com o paciente (FOURNIOL FILHO, 1981; KOCH et al., 1995).

A visita inicial deve ser feita somente pelos pais ou responsáveis, que receberão uma série de informações sobre o tratamento e medidas preventivas e darão ao profissional todas as informações possíveis para que ele possa estabelecer sua linha de conduta para conseguir atingir os objetivos (FOURNIOL FILHO, 1981).

Na primeira visita ao consultório, a criança deve ser motivada a conhecer o equipamento odontológico, os instrumentos, tomando contato para satisfazer a sua curiosidade. A turbina de alta-rotação, por exemplo, é dada para o paciente segurar e sentir as vibrações para captar ruídos (FOURNIOL FILHO, 1981).

Segundo Fourniol Filho (1981), a taça de borracha deve ser passada sobre as unhas da criança para que ela sinta e memorize as vibrações, que serão quase idênticas quando for usada na boca. Se houver, por exemplo, um tratamento de canal, o profissional deve mostrar o dique de borracha e as sensações que apresenta a imagem intracanal. O tratamento odontológico é bem aceito quando o paciente é previamente condicionado, o que depende, em parte, da boa vontade e da paciência do profissional. O tratamento em si é idêntico ao das crianças normais, diferindo só o modo de abordar o paciente.

Na abordagem do paciente infantil portador de deficiência auditiva, é importante ressaltar: o profissional deve receber clareza no rosto para evidenciar suas expressões faciais; deve falar de forma clara, devagar e de modo simples; deve repetir as mesmas palavras e as mesmas frases, sempre que possível; não deve fazer gesticulações exageradas; e deve orientar os pais para que façam elogios à criança pelo tratamento dentário, o que provoca reações psicológicas positivas (FOURNIOL FILHO, 1981; LANNES; VILENA MORAIS, 1997). Além disso, o profissional deve: observar a expressão do paciente, a fim de que possa ter certeza de que a criança está compreendendo a situação; fazer com que o paciente gesticule com a mão se acontecer algum problema ou escreva e mostre a informação; dar segurança ao paciente, por meio do contato físico, segurando inicialmente sua mão ou colocando uma das mãos sobre seu ombro; empregar a abordagem do diga-mostre-faça, demonstrando, inicialmente fora da

boca, como os instrumentos funcionam e depois na boca; sorrir e usar gestos reconfortantes; aprender alguns sinais básicos da linguagem de sinais (WEDDELL et al., 2001).

O deficiente auditivo com distúrbio comportamental, aumento de irritabilidade, pode ser submetido à administração de pré-medicação. No entanto, a seleção farmacológica é importante, pois a droga pode agir sobre os centros nervosos da audição, provocando situações desfavoráveis. Já o uso de anestesia geral está indicado somente nos casos em que todas as medidas de condicionamento psicológico foram exaustivamente experimentadas não surtindo resultado positivo (FOURNIOL FILHO, 1981).

RELATO DE CASO CLÍNICO

O paciente K. B., nascido em 27 de setembro de 1997, compareceu, aos cinco anos de idade, ao ambulatório de Clínica Integrada Infantil do curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo, no dia 18 de dezembro de 2002, juntamente com sua avó materna, T.A.S, responsável pelo paciente, para atendimento odontológico (Figura 1).

Na consulta inicial, foi feita anamnese de forma criteriosa, abordando toda a história médica do paciente, inclusive de sua deficiência auditiva. Segundo a responsável, o paciente apresenta o problema desde o nascimento, não ouve qualquer ruído, emite alguns

sons e não há membro da família que apresente essa deficiência. De acordo com os achados em laudos de exames solicitados por otorrinolaringologistas, a criança é portadora de surdez congênita. Foi solicitado o uso de prótese bilateral, no entanto o paciente não se adaptou ao aparelho.

O paciente não está integrado a uma entidade educacional por motivo financeiro e, portanto, desconhece a linguagem básica dos sinais; comunica-se por gestos e expressões criados no próprio meio familiar, principalmente por sua irmã que também recebeu atendimento no ambulatório da UFES. Ela foi um grande incentivo para que o paciente se tornasse receptivo ao tratamento (Figura 2).



Figura 1 - Paciente K. B., nascido em 27-07-1997, portador de deficiência auditiva congênita



Figura 2 - Comunicação entre o paciente e sua irmã por gestos e expressões

A criança nunca havia antes visitado um dentista e, a princípio, sua reação foi de rejeição ao tratamento (Figura 3). Após a apresentação de alguns dos materiais e equipamentos odontológicos (tais como a cadeira, a luz do foco, a seringa tríplice, o espelho clínico, etc.) e comunicação, usando expressão facial, gestos, fala simples e clara, foi pos-



Figura 3 - Reação de rejeição do paciente ao tratamento

sível a realização do exame clínico (Figuras 4 a 6). É importante que, nos procedimentos menos invasivos, o cirurgião-dentista esteja desprovido de máscara, a fim de que o paciente possa observar a expressão facial do profissional, facilitando a comunicação entre eles (Figura 7).



Figura 4 - Emprego da técnica do diga-mostre-faça

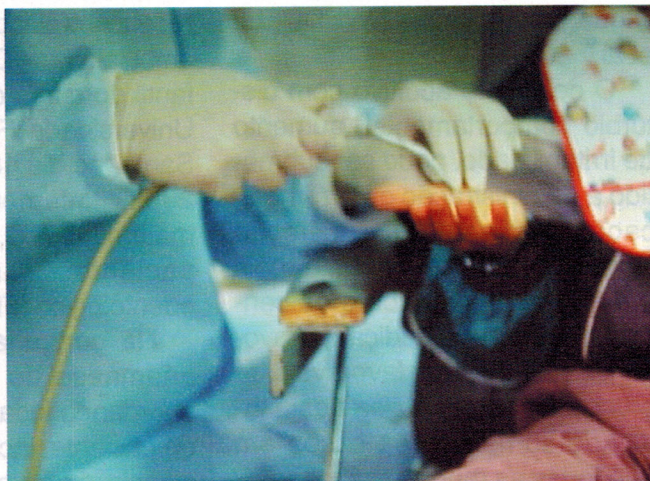


Figura 5 - Emprego da técnica do diga-mostre-faça



Figura 6 - Emprego da técnica do diga-mostre-faça

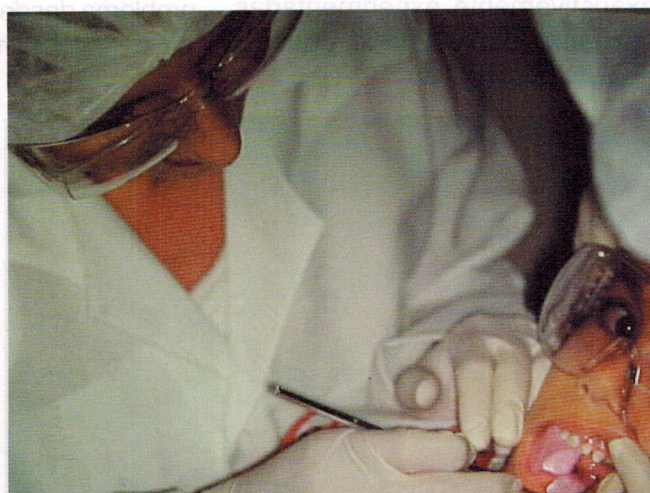


Figura 7 - Profissional desprovido de máscara

No exame clínico intrabucal, pôde-se constatar a presença de muitas cáries, tanto nos dentes decíduos posteriores quanto nos anteriores. A higiene bucal não estava satisfatória.

O plano de tratamento proposto ao paciente foi o condicionamento psicológico, orientação preventiva quanto à higiene bucal e à dieta e tratamento restaurador dos elementos cariados.

Já na segunda visita, houve necessidade de se utilizar os mesmos artifícios de condiciona-

mento psicológico realizados na primeira consulta e também a contenção física do paciente, segurando seu corpo, sem machucar, mantendo sua boca aberta, usando-se um abridor de boca infantil. Foi empregada a abordagem do diga-mostre-faça. Sendo assim, foi feita a curetagem de tecido cariado e a colocação de material restaurador provisório em um dente decíduo posterior. Em um dente anterior, fez-se uma restauração de resina composta.

Ao final da consulta, o pacien-

te já não mais chorava e já não havia mais necessidade de contê-lo (Figura 8). É importante ressaltar que, embora nessa sessão tenha sido realizado tratamento de dois elementos dentários, o tempo de consulta não ultrapassou vinte minutos, tempo que pode ser bem tolerado pelo paciente infantil. Outro aspecto também muito importante foi a realização da restauração estética no dente decíduo anterior, a fim de dar mais motivação à criança quanto ao tratamento,

sendo essencial que seja acompanhada de elogios dos pais ou responsável (Figura 9).



Figura 8 - Paciente ao final da segunda consulta, já se apresentando colaborador ao tratamento

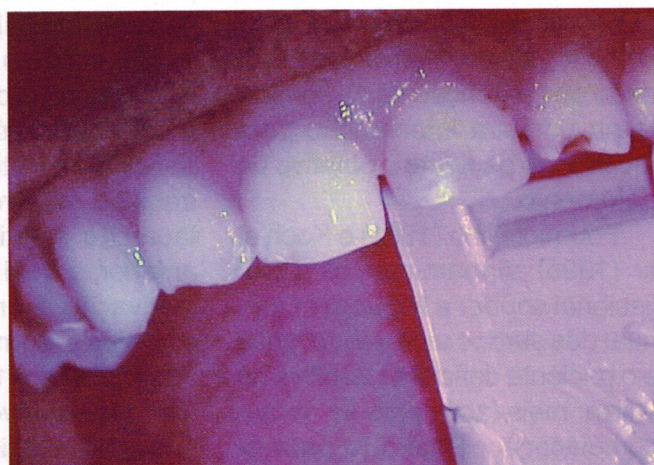


Figura 9 - Restauração estética que serviu de motivação à criança

A partir da terceira visita, o paciente já estava se comportando bem, mostrando-se receptível ao tratamento e manifestava satisfação pelo dente decíduo anterior que havia sido restaurado na sessão prévia.

Em todas as demais sessões subseqüentes, o paciente se comportou normalmente e assim foi realizado o tratamento restaurador de seus dentes, sempre em sessões cujo tempo não ultrapassasse vinte minutos. A responsá-

vel, a avó, foi orientada a procurar uma instituição educacional para crianças portadoras de deficiência auditiva, a fim de que o paciente possa aprender a linguagem básica dos sinais e melhorar seu sistema de comunicação (Figuras 10 e 11).



Figuras 10 e 11 - Comportamento do paciente nas sessões clínicas subseqüentes, após o emprego da técnica de condicionamento psicológico

DISCUSSÃO

De acordo com Bezerra; Toledo (1996), o paciente portador de deficiência física e/ou mental pode trazer algumas dificuldades em seu manejo e no próprio

tratamento odontológico, o que foi observado em nossos achados.

Com relação ao controle do paciente com necessidade especial, utilizou-se neste trabalho, prioritariamente, o condiciona-

mento psicológico, da mesma forma que para o atendimento a crianças normais, o que está de acordo com os autores Fourniol Filho (1981) e Bezerra; Toledo (1996), os quais ainda acrescentaram que as contenções física e

química somente devem ser utilizadas diante da ineficiência dos métodos psicológicos. Em nosso caso clínico, houve necessidade de contenção física somente na primeira intervenção para mostrar ao paciente o objetivo do tratamento.

Fourniol Filho (1981) e Koch et al. (1995) afirmam que, se o profissional souber a linguagem manual dos surdos ou a leitura labial e o paciente deficiente auditivo as utiliza, mais facilmente se dará a comunicação. Porém, o paciente relatado em nosso trabalho desconhecia a linguagem básica dos sinais, comunicava-se apenas por meio de gestos e de sinais criados no próprio ambiente familiar, fato que gera sua grande dependência com relação às pessoas de sua família, o que vai ao encontro da opinião de Fourniol Filho (1981), que complementa afirmando que a criança surda, quando não freqüenta escola especial, procura intérpretes para as suas necessidades, e na maioria dos casos serão seus pais.

No caso relatado, a comunicação do cirurgião-dentista com o paciente deficiente auditivo ocorreu por meio de gestos, expressão facial, fala clara e simples, conforme Fourniol Filho (1981) e Lannes, Vilena Morais (1997). Ressalta-se a importância da ausência da máscara durante os procedimentos menos invasivos, a fim de que a criança surda possa observar a expressão facial do profissional.

Em nosso trabalho, foi utilizada a abordagem do diga-mostre-faça, sugerida por Fourniol Filho (1981) e Weddell et al. (2001), apresentando resultados satisfatórios. Também é importante salientar que o tempo das sessões clínicas deve ser curto, como foi

empregado em nosso caso, respeitando o limite de tolerância do paciente infantil.

Um aspecto também relevante a ser considerado no atendimento odontológico ao paciente deficiente auditivo relatado neste trabalho foi a realização da restauração estética em um dente anterior, a qual serviu de grande motivação à criança; isso pode ser ainda complementado por Fourniol Filho (1981), que sugere que os pais devem ser orientados a fazerem elogios pelo tratamento executado, gerando reações psicológicas positivas.

Koch et al. (1995) mencionam maior incidência de hipodontia em pacientes portadores de deficiência auditiva, o que não foi observado em nosso caso clínico e nem em outras referências consultadas.

CONCLUSÃO

A grande preocupação para os profissionais da odontologia deve ser a melhoria do acesso à saúde bucal e ao tratamento odontológico para aquelas pessoas destituídas desses serviços necessários. As crianças com necessidades especiais de saúde se enquadram nesse grupo.

As crianças com deficiência podem representar desafios que requerem um preparo especial para seu atendimento, tanto no que se refere ao profissional e equipe auxiliar, quanto aos pais e a elas próprias. Além disso, a ansiedade dos pais, em relação aos problemas associados às incapacidades da criança, freqüentemente atrasa o tratamento odontológico, podendo até ocorrer significativo desenvolvimento da doença bucal. Assim, a abordagem da criança especial deve ser

realizada o mais cedo possível, pois nessa fase tanto o responsável quanto o paciente mostram-se mais cooperadores com os profissionais dispostos a orientá-los e os cuidados adquiridos tendem a permanecer por toda a vida do paciente.

O profissional não deve esquecer de que o atendimento à criança com necessidade especial é extremamente gratificante. Só o fato de o dentista poder proporcionar a essas crianças atendimento eficaz, cientificamente assentado, minorando-lhes o sofrimento, cooperando de forma efetiva para sua recuperação e reabilitação, faz com que a realização profissional proporcione sentimentos de grande satisfação. Além do mais, a gratidão dos pais, por encontrar profissionais competentes e conscientes para o atendimento de seus filhos, muitas vezes rejeitados, é muito recompensadora.

ABSTRACT

ODONTOLOGICAL MANAGEMENT OF HEARING DEFICIENT PATIENT – NARRATIVE OF A CASE

Patients with physic and mental deficiencies may be a synonym of "fear" and "dread" for most of the dentists, as they offer some difficulties in the management and in the odontological treatment itself. This work approaches a brief review of literature, and the narrative of a clinical case of a five year old congenit hearing deficient child, unable to use the basic signs language. The patient received an odontological assistance at UFES. First, the child wasn't receptive for the treatment. Using the psychological conditioning

technique, it was possible to obtain the child's cooperation for the treatment. It was concluded that hearing deficient patients, like any other patient showing deficiency, needs a diferencial odontological approach. It's important for the professional to know how to identify the patient's limitations, trying to establish an adequate communication. This way, the dentist will obtain the patient's confidence and friendship, and will be able to do a good job.

Keywords: Special patient, audition deficiency, psychologycs conditioning.

primeira infância. São Paulo: Santos, 1998. p. 645-663.

- 6 VICENTE, S. Pacientes especiais. Disponível em: < SOS Doutor.com.br>. Acesso em: 17 fev. 2003.
- 7 WEDDELL, J. A.; SANDERS, B. J.; JONES, J. E. Problemas dentários da criança deficiente. In: MC DONALD, R. E.; AVERY, D. R. **Odontopediatria**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 413-435.

Correspondência para/Reprint request to:

Maria Helena M. de Barros Miotto
Rua D. Pedro II, 115 - ap. 901 - P. do Canto
Vitória - ES. CEP 29.055-600.
Tel.: (27) 3227-1014
E-mail: mhmiotto@terra.com.br

REFERÊNCIAS

- 1 BEZERRA, A. C. B.; TOLEDO, O. A. Atendimento odontológico para pacientes especiais. In: TOLEDO, O. A. **Odontopediatria: fundamentos da prática clínica**. 2. ed. São Paulo: Editorial Premier, 1996. p. 295-318.
- 2 FOURNIOL FILHO, A. Deficiências sensoriais. In: -----. **Pacientes especiais e a odontologia**. 1. ed. São Paulo: Santos, 1998. p. 409-413.
- 3 KOCH, G.; MODEÉR, T; POUSEN, S. et al. Odontologia com pacientes deficientes. In: -----. **Odontopediatria: uma abordagem clínica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1995. p. 349-360.
- 4 LANNES, C; VILENA MORAIS, S. A. Pacientes especiais. In: GUEDES PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 6. ed. São Paulo: Santos, 1997. p. 875-904.
- 5 SCHMIDT, M. G. Pacientes especiais portadores de deficiências neuropsicomotoras. In: CORREA, M. S. N. T. **Odontopediatria: na**