

NECESSIDADES ODONTOLÓGICAS, FONOAUDIOLÓGICAS E FISIOTERÁPICAS: ATENÇÃO INTEGRAL A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

DENTAL NEEDS, SPEECH THERAPY AND PHYSIOTHERAPEUTIC: FULL ATTENTION TO PERSONS WITH DISABILITIES

Adriana Benquerer Oliveira Palma¹, Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa¹, Rawielle Pascoal de Souza¹, Thalita Thyrza Almeida Santa-Rosa¹, Yuri de Paula¹, Simone de Melo Costa¹

¹Universidade Estadual de Montes Claros – Montes Claros (MG), Brasil.

Data de entrada do artigo: 11/10/2012

Data de aceite do artigo: 06/05/2013

RESUMO

Objetivo: O objetivo do estudo foi identificar as necessidades odontológicas, fonoaudiológicas e fisioterápicas em pessoas com deficiência atendidas na Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Montes Claros (MG), Brasil. **Métodos:** Para coleta dos dados odontológicos utilizou-se o Índice de Necessidades de Tratamento Odontológico (INTO), acrescido de informações sobre fratura de dentes anteriores e uso de prótese dentária removível. As avaliações fonoaudiológica e fisioterápica foram realizadas no primeiro atendimento odontológico. Os dados foram coletados em 2007, após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Participaram do estudo 148 portadores de necessidades especiais. A maioria (54%) do sexo masculino, com idade entre 3 e 46 anos. Apenas 1,4% usam prótese dentária, 10% apresentaram dente fraturado e 65% necessidades odontológicas curativas. Participaram das avaliações fonoaudiológica e fisioterápica 63 pacientes. No *screening* fonoaudiológico 60,3% compreenderam perguntas simples, 14,3% não falavam, 20,4% se comunicavam de forma simples. No que refere à fisioterapia, quanto à marcha, 4,8% deambulavam com ajuda, e 1,6% com auxílio de órtese. Uma minoria (4,8%) necessitava de ajuda para se sentar. Foram identificados pacientes com diplegia, monoplegia, quadriplegia e hemiplegia. **Conclusão:** O INTO permitiu identificar as necessidades de tratamento odontológico e priorizar o atendimento clínico dentário. As avaliações fonoaudiológica e fisioterápica contribuíram no levantamento de necessidades e planejamento de um atendimento odontológico direcionado às pessoas com deficiência.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência; odontologia; fisioterapia; fonoaudiologia.

ABSTRACT

Objective: The study objective was to identify the needs dental, speech therapy and physiotherapy for people with disabilities attending the Dental Clinic of the Universidade Estadual de Montes Claros (MG), Brazil. **Methods:** The data collection used the Index Dental Treatment Needs, plus information about fracture of anterior teeth and use of removable prosthesis. Speech therapy and physiotherapy assessments were conducted during the first dental care. The data were collected in 2007, after approval by the Ethics Committee on Research. **Results:** The study included 148 patients with special necessiddes. The majority (54%) were male, aged 3 to 46 years. Only 1.4% use dental, 10% had fractured tooth and 65% dental needs healing. Participated in physical therapy and speech-language evaluations 63 patients. In the speech screening comprised 60.3% simple questions, 14.3% did not speak, 20.4% communicated in a simple way. With regard to physical therapy, as the march, ambulating with 4.8% and 1.6% help with aid of brace. A minority (4.8%) needed help to sit. We identified patients with diplegia, monoplegia, quadriplegia and hemiplegia. **Conclusion:** The Index has highlighted the need for dental treatment and dental prioritize clinical care. Speech therapy and physiotherapy assessments contributed in needs assessment and planning for dental treatment targeted to people with disabilities.

Keywords: Disabled Persons; dentistry; physical therapy; speech therapy.

1. INTRODUÇÃO

O termo pessoa(s) com deficiência faz parte do texto aprovado pela Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidades das Pessoas com Deficiência, pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2006, e ratificada no Brasil em julho de 2008. Por esse motivo, o termo pessoa com deficiência foi utilizado ao longo deste artigo intercalando com a terminologia paciente especial.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 10% da população de qualquer país é constituída de pessoas com algum tipo de deficiência. No Brasil, 14,5% são portadores de alguma deficiência, e desse total, 8,3% apresentam deficiência mental¹. A maioria das pessoas com deficiência (98%) não é atendida pelos sistemas públicos de saúde². Contudo, a saúde foi constitucionalmente considerada um direito do cidadão e dever do Estado. Os problemas de saúde estão relacionados à estrutura social, e a possível solução passa por reformas básicas urgentes e que atendam às condições mínimas do exercício da cidadania³.

Dentro desse contexto, a Universidade apresenta papel relevante na integração técnico profissional e deve buscar a formação em saúde humanística⁴. As Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação em Odontologia propõem uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. O profissional deve desenvolver competências e habilidades específicas, como a de atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com produtividade na promoção da saúde. Além disso, ele deve atuar de forma a garantir a integralidade da assistência. A integralidade pode ser entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações preventivas e curativas exigidos em cada caso⁵. Para garantir a atenção à saúde bucal das pessoas com deficiências faz-se necessária a revisão das ideias ainda vigentes de uma assistência curativista e sob anestesia geral no ambiente hospitalar. Considera-se que o quadro da condição de saúde bucal dos pacientes especiais seja agravado por dificuldades inerentes à profissão odontológica, que se reconhece inapta na abordagem desses indivíduos⁶.

Nesse sentido, o Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) inseriu em sua estrutura curricular uma disciplina denominada Clínica Integrada IV, que presta atendimento aos pacientes com necessidades neuropsicomotoras ou outro tipo de deficiência. A proposta está em sintonia com o que preconiza o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, do Ministério da Saúde, de que a assistência a essas pessoas tenha um enfoque interprofissional. Dessa forma, a Clínica da Unimontes trabalha com profissionais de três áreas de conhecimento: odontologia, fonoaudiologia e fisioterapia⁷. Os profissionais se integram na perspectiva do atendimento integralizado da saúde aos pacientes especiais.

A fonoaudiologia é uma área do conhecimento que apresenta interligações com a odontologia ao estudar a comunicação humana em suas manifestações normais e patológicas. Em seu contexto, lida tanto com a expressão verbal como também com a ausência de oralidade. A participação fonoaudiológica na Clínica odontológica refere-se ao conjunto de atribuições teórico-práticas que, tomadas em conjunto com os demais profissionais da equipe, pode contribuir para estabelecer a funcionalidade do sistema estomatognático, fornecendo elementos básicos para restabelecer a comunicação oral⁸.

Na Clínica da Unimontes, a fonoaudiologia, ao mesmo tempo que visa a capacitação do estudante para o atendimento à pessoa com necessidade especial contribui para a assistência à saúde desse contingente populacional. Sendo assim, a fonoaudiologia, nessa clínica, tem como objetivos: esclarecer aos estudantes os reflexos em resposta à alimentação e de proteção à deglutição; informar aos estudantes o processo natural para a aquisição de linguagem compreensiva e expressiva; identificar a linguagem dos pacientes em determinadas patologias e subsidiar os estudantes, durante o atendimento clínico odontológico, para uma melhor comunicação com o cliente⁷.

Já a fisioterapia se dirige à motricidade global e apendicular, isto é, aos movimentos do corpo todo ou dos membros, e por meio de técnicas especiais procura eliminar as reações patológicas.

Na Clínica, o conhecimento da fisioterapia contribui para orientar os acadêmicos de odontologia sobre as mudanças específicas para o controle postural, tendo como base o desenvolvimento psicomotor normal. Também orienta os familiares e/ou responsáveis pelos pacientes quanto à postura, posicionamento, relaxamento, transporte, contenção de movimentos involuntários, inibição de padrões posturais anormais e reforça os padrões normais de movimento, utilizando técnicas de inibição de reflexos tônicos patológicos. Desse modo, a fisioterapia auxilia na obtenção de um melhor manejo do paciente especial durante o tratamento odontológico⁷.

Diante disso, o objetivo do estudo foi identificar as necessidades odontológicas e fonoaudiológicas no que refere à linguagem, e fisioterápicas, em pessoas com deficiência atendidas na Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Minas Gerais, Brasil.

2. MÉTODOS

O desenho do estudo foi o transversal e descritivo. Participaram do estudo pessoas com deficiências matriculadas em uma instituição de ensino da cidade de Montes Claros (MG). O público alvo da instituição é

caracterizado por indivíduos com dificuldades na aprendizagem em consequência de diferentes patologias, tais como, síndrome de Down, autismo, paralisia cerebral, surdez, entre outras síndromes.

Foram levantadas as necessidades odontológicas de todos os pacientes especiais matriculados na instituição de ensino, cenário do estudo. A coleta de dados foi realizada após a autorização da instituição e dos pais ou responsáveis, por meio do termo de consentimento livre e esclarecido.

As pessoas com deficiência foram agendadas para o atendimento clínico odontológico e, no primeiro dia de atendimento, foram avaliadas as condições e necessidades fonoaudiológicas e fisioterápicas no âmbito da clínica.

O anonimato e o sigilo das informações foram garantidos, em respeito aos preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes (Processo n° 075).

2.1 Avaliação odontológica

Para a coleta de dados foi utilizado o Índice de Necessidades de Tratamento Odontológico (INTO)⁹. Esse índice permite detectar, com custo reduzido, os grupos prioritários para o tratamento odontológico, classificar esses grupos conforme o grau de atenção a ser recebida e planejar, a partir dos resultados, recursos físicos e humanos apropriados para a execução de programas preventivos, curativos e reabilitadores.

O exame clínico bucal consiste, basicamente, na obtenção de lesões cáries e periodontais aparentes. O indivíduo é classificado quanto à principal necessidade odontológica. Utilizam-se os códigos de 0 a 5. O código 0 representa sem cárie aparente; o código 1 significa presença de 1 a 3 lesões cáries; o 2 identifica pessoas com mais de 3 lesões cáries; 3 representa urgências (casos de dor e grandes destruições coronárias); o 4, constatação de doença periodontal (supuração, mobilidade) e, por último, o 5 para presença de restos radiculares⁹.

Para complementar as informações da condição de saúde bucal dos pesquisados avaliaram-se também: presença de dente anterior fraturado e uso de prótese dentária removível.

A coleta de dados odontológicos foi em sala de aula e sob luz natural. Os instrumentos utilizados foram: gaze esterilizada para limpeza das superfícies dentárias e espátula de madeira para afastar as bochechas e língua, e equipamento de proteção individual (avental, máscara, gorro e luvas). O indivíduo examinado foi posicionado em cadeira, disposta no local mais claro da sala.

Previamente ao estudo principal, foi realizado um estudo piloto para testar o instrumento de coleta de dados e fazer as adequações metodológicas. O piloto contou com a participação de dez indivíduos. Como não houve alteração no instrumento de coleta de dados e após verificada a alta concordância nos resultados do exame clínico ($Kappa$ intraexaminador=0,97), os dados do piloto foram considerados no estudo principal.

O exame odontológico foi realizado por uma cirurgiã-dentista, integrante do projeto. As pessoas com deficiência foram triadas para o atendimento na Clínica Odontológica da Unimontes, respeitando os critérios de prioridades levantados pelo índice INTO.

2.2 Avaliação fonoaudiológica e fisioterápica

As avaliações fonoaudiológica e fisioterápica com profissionais especializados nas áreas integrantes deste estudo, aconteceram na primeira sessão de atendimento odontológico.

Em relação à fonoaudiologia, o presente estudo teve como enfoque a linguagem compreensiva e expressiva. A fonoaudiologia trabalha com a linguagem humana, portanto, em pesquisa onde se avalia a linguagem expressiva deve-se ter uma coleta da fala natural. A fala espontânea é aquela que utilizamos diariamente por meio da interação com o outro, sendo um importante objeto de comunicação.

Autores como Barry e Andreeva¹⁰ e Lennes et al.¹¹ consideram fala espontânea um modelo não roteirizado de coleta de dados. Portanto, foram realizadas análises do *corpus* linguístico durante a conversa espontânea, na qual os participantes puderam falar livremente no intuito de produzir um discurso contínuo a respeito de dois temas: o que gosta de fazer na escola e o que gosta de fazer em casa. Antes, porém, o paciente foi incentivado a falar o nome e onde estudava para verificar sua capacidade cognitiva. Por se tratar de um grupo diferenciado, durante a coleta a pesquisadora teve que interferir em alguns momentos o que caracterizou um diálogo.

Verificou-se a construção linguística na interação dialógica, observando as possibilidades de compreensão e expressão dos pacientes. A avaliação linguística referiu-se à semântica e sintaxe, ou seja, relacionada ao conteúdo e forma de comunicação, isto é, se as frases tinham um significado. Quanto à fala, verificou-se se havia problemas tais como substituições, distorções, omissões e/ou acréscimos fonêmicos.

Sobre a avaliação fisioterápica identificou-se a condição motora, déficits motores e tônus muscular. Os déficits motores foram observados quanto à marcha do paciente, se realizada com o auxílio de órtese, e foi verificada a necessidade de ajuda para se sentar.

No que se refere ao tônus muscular, verificou-se se ele se apresentava hipotônico, hipertônico ou atetóide; a sua distribuição (quadriplegia, diplegia, hemiplegia e monoplegia) e o grau (leve e moderado e severo).

2.3 Análise dos dados

Os dados foram armazenados no SPSS versão for Windows 18.0 e analisados estatisticamente por meio da descrição de valores percentuais.

3. RESULTADOS

3.1 Avaliação odontológica

Participaram da avaliação odontológica 148 indivíduos matriculados em instituição de ensino especial. Esse número representou 92% dos institucionalizados que aceitaram o exame clínico bucal. A maioria (54%) era do sexo masculino. A idade variou de três a 46 anos ($15 \pm 7,79$) sendo a moda igual a 10 anos e o percentil 90% foi igual a 25 anos de idade. O grande percentual de indivíduos (98,6%) não usava prótese dentária parcial removível e 10,0% apresentaram pelo menos um dente anterior fraturado (Gráfico 1).

Dos sujeitos avaliados, 35,1% não apresentaram dentes com lesões cáries aparentes, 37,6% apresentaram de um a três cáries dentárias, 11,4% acima de três cáries, em 2,4% foram constatadas necessidades odontológicas caracterizadas como situações de urgências (dor e cáries extensas), 12% das pessoas com deficiência apresentaram presença de doença periodontal e, por fim, em 1,5% foi identificada a necessidade de exodontia (Gráfico 2).

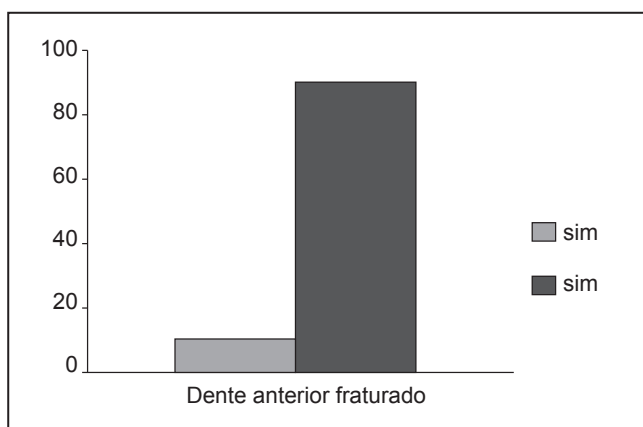


Gráfico 1: Distribuição das pessoas com deficiência conforme presença de dente anterior fraturado.

3.2 Avaliação fonoaudiológica e fisioterápica

Nas avaliações fonoaudiológica e fisioterápica participaram 63 institucionalizados que compareceram ao agendamento da primeira sessão clínica odontológica. A idade variou de 4 a 46 anos, sendo a média igual a 6,2 anos, a mediana foi 14 e a moda foi igual a 10 anos. A maioria (61,9%) era do sexo masculino.

No que se refere à fonoaudiologia, na avaliação da linguagem receptiva, 60,3% compreenderam perguntas simples. Quanto à maneira de se comunicar, ou seja, a linguagem expressiva, 85,7% se comunicaram por meio da fala e os outros 14,3% se comunicaram pelo choro ou riso, apontando ou gesticulando. Dentre aqueles que se comunicavam pela fala, observou-se que a maioria conseguiu se expressar por frases completas (79,6%) (Gráfico 3).

Conforme demonstrado no Gráfico 3, observou-se que durante a avaliação por meio da conversa espontânea a maioria utilizou frases complexas e sem problemas nos sons da fala. Contudo, alguns apresentaram *déficit* na semântica ou sintaxe — aspectos da linguagem — e que estão relacionados ao conteúdo e à forma da comunicação. Pode-se destacar como exemplos: “Amanhã eu fui na casa da minha avó” e “Luiza, qual o seu nome?”.

No que refere à fisioterapia, poucos são aqueles que apresentaram alterações do sistema motor global. Ao observar a marcha dos pesquisados, constatou-se que 4,8% deambulavam com ajuda e 1,6% com o auxílio de órtese. Ao observar como se sentavam, verificou-se que 4,8% necessitavam de ajuda.

Em relação ao tipo de tônus muscular dos portadores de deficiências, 3,2% apresentaram hipertonia do tipo espástico, 3,2% hipertonia com rigidez extrapiramidal,

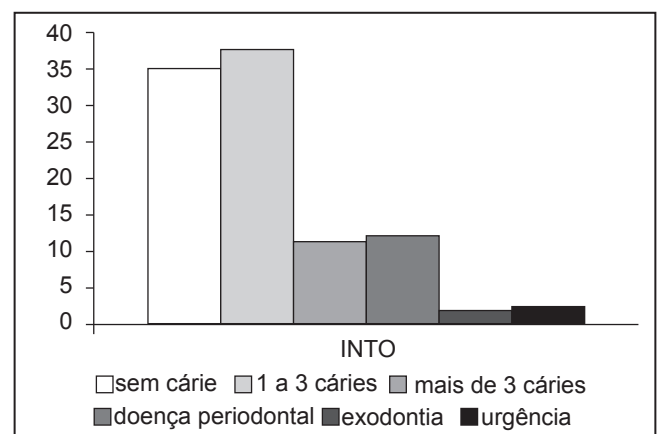


Gráfico 2: Distribuição dos pesquisados conforme Índice de Necessidades de Tratamento Odontológico.

4,8% apresentaram hipotonia e 3,2% atetoide. No que se refere ao grau do tônus muscular, a maioria (85,7%) apresentou normalidade para esse quesito (Gráfico 4).

Identificou-se que 3,2% dos pesquisados apresentaram diplegia com comprometimento maior dos membros inferiores, 3,2% monoplegia, 1,6% quadriplegia e 1,6% hemiplegia. Para esta última condição, a causa foi o acidente vascular cerebral (AVC), conforme relato do responsável.

4. DISCUSSÃO

O estudo representa a mudança no processo de atuação em saúde bucal. O cirurgião-dentista poucas vezes tem se inserido em práticas multiprofissionais de trabalho em equipe. A prática odontológica, historicamente, nasceu isolada, e assim vem se perpetuando ao longo dos anos. Mesmo nas instituições de ensino superior percebe-se uma clara divisão do trabalho por meio de disciplinas isoladas com conteúdos de diversas especialidades, que pouco interagem entre si. Esta pesquisa foi conduzida por uma equipe de profissionais com diferentes formações, possibilitando a troca de conhecimento, o planejamento integral do paciente, além de contribuir para o rompimento do modelo assistencial isolado do cirurgião-dentista. Essa abordagem faz-se importante, devido à reponsabilidade social que a universidade tem diante da comunidade.

Neste estudo, quanto à demanda de necessidade de tratamento odontológico curativo, a necessidade restauradora foi encontrada para significativa parcela dos pesquisados, resultado concordante com parte da literatura pesquisada^{2,12,13}. Entretanto, o resultado é contrário ao levantamento epidemiológico realizado por Castilho et al.⁹ em portadores de deficiências, que identificou ser a maioria (68,1%) isenta de necessidades de tratamento (escore 0 do INTO). Já estudo realizado em pacientes com hidrocefalia, com uso de outro índice de cárie dentária, ceo-d, total de dentes cariados, extraídos por

cárie e obturados, mostrou que 97,8% possuem dentes cariados¹⁴. O que demonstra que as necessidades odontológicas em dentes deciduos são prevalentes na população com hidrocefalia. Utilizando o índice CPO-d, Moraes, Bastos e Rocha¹⁵, avaliando pacientes portadores de síndrome de Down, encontraram indicador geral de 9,52% para todos os indivíduos. Em Araguaína (TO) foi encontrado indicador CPO-d de 10,34 nos alunos da APAE¹⁵.

Cabe ressaltar a dificuldade de comparação dos resultados com outros estudos, uma vez que o presente estudo pesquisou indivíduos de diferentes faixas etárias (3–46 anos), envolvendo além de crianças, sujeitos adolescentes e adultos. Isso ocorreu porque o propósito da Clínica da Unimontes é atender todo o contingente populacional, independente da idade.

As pessoas foram classificadas por grau de necessidades odontológicas para priorizar o atendimento clínico dos mais necessitados. Contudo, o agendamento foi proposto para todos, mesmo para os sem necessidades odontológicas curativas aparentes. Na primeira consulta odontológica, no ambiente clínico, todos os pesquisados receberam a profilaxia dentária e foram reavaliados em suas necessidades odontológicas. Conduziram-se a seguir as avaliações fonoaudiológica e fisioterápica para planejar e melhor conduzir o atendimento.

Em estudo anterior realizado na mesma Clínica da Unimontes, no entanto, com um público advindo de outra instituição de ensino de pessoas com deficiência, observou-se que as expectativas mais relatadas pelos pais/responsáveis envolveram o atendimento odontológico cirúrgico e restaurador¹⁷. O resultado demonstra que a população ainda tem a percepção de necessidades do tratamento tecnicista.

A identificação de dentes anteriores fraturados foi importante, já que estiveram presentes em parcela importante dos pesquisados, cerca de 15 indivíduos. Essa informação adicional seria negligenciada caso

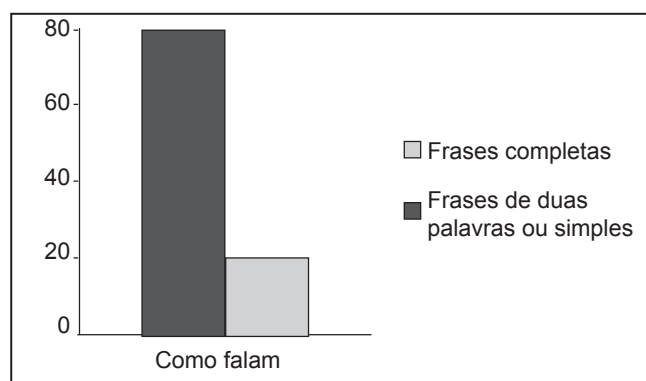


Gráfico 3: Distribuição dos pesquisados conforme forma de falar.

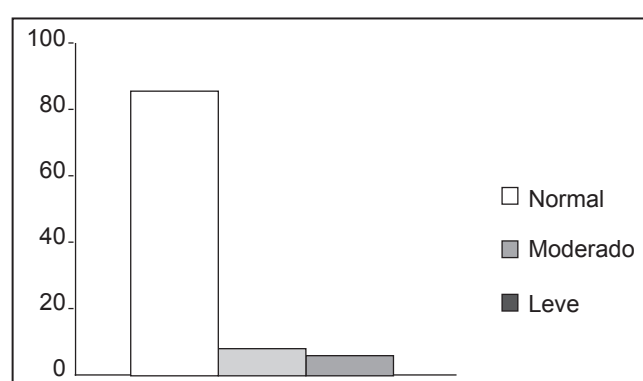


Gráfico 4: Distribuição dos pesquisados conforme grau de tônus muscular.

se adotasse apenas o INTO para o levantamento de necessidades odontológicas.

No que se refere à área fonoaudiológica, o *screening* realizado por meio de conversa espontânea com perguntas simples do cotidiano, na primeira sessão odontológica, demonstrou que a maior parte dos examinados possui linguagem receptiva adequada. Esse é um resultado importante porque facilita a relação interpessoal no atendimento clínico. Apesar da maioria apresentar linguagem expressiva com frases complexas, observou-se *déficit* em relação à semântica e sintaxe, situação compatível com o cenário de estudo, instituição que abriga pessoas com dificuldades de aprendizagem. Contudo, não foram realizados testes diagnósticos para avaliar se a linguagem compreensiva e linguagem expressiva estariam adequadas à idade cronológica.

As causas de alterações de linguagem e de dificuldades de aprendizagem podem ser variadas. Estudos indicam fatores neurológicos para tais problemas e ressaltam a importância de uma adequada investigação e correto diagnóstico¹⁸. Com relação aos indivíduos com deficiência intelectual leve, a literatura informa que eles são capazes de desenvolver habilidades sociais e comunicar-se nas atividades cotidianas, apesar das dificuldades¹⁹. Contudo, a deficiência intelectual é acompanhada de atraso na aquisição da linguagem, com *déficits* significativos na fala e baixo desempenho comunicativo¹⁹.

O levantamento fisioterápico realizado na primeira sessão odontológica mostrou que a maioria dos pacientes avaliados não apresentou alterações do sistema motor global e do tônus muscular. Resultado importante, por possibilitar a condução do atendimento odontológico com menor grau de dificuldades quando comparado aos com alterações musculares, como a diplegia.

A diplegia é caracterizada por envolvimento do corpo inteiro, sendo a metade inferior mais afetada que a metade superior^{20,21}. O controle da cabeça e o controle dos braços e mãos são geralmente poucos afetados²². A manifestação clássica da diplegia é referente a distúrbios de movimento. No entanto, por se tratar de uma das manifestações da paralisia cerebral, é comum vir acompanhada a outros distúrbios associados à função cerebral, como deficiência cognitiva, visual, auditiva, linguística, sensitiva cortical, de atenção, vigilância e comportamento^{23,24}. Neste trabalho, não foi possível verificar a etiologia da hipertonia, hipotonia e atetose muscular, que exigiria a avaliação médica ou acesso ao laudo médico do pesquisado para comprovar o quadro clínico da condição motora.

Cabe enfatizar que a literatura descreve uma elevada ocorrência de pessoas com sequelas de mobilidade decorrentes de acidente vascular cerebral, com alta incidência nas pessoas com hipertensão arterial,

seguida de doença cardíaca^{25,26}. Neste estudo, a hemiplegia foi uma condição associada ao acidente vascular cerebral (AVC), conforme relato do responsável pelo sujeito pesquisado.

Na atuação da odontologia, o profissional precisa ser treinado para posicionar adequadamente o paciente portador de alteração no tônus muscular. Outro ponto importante a ser discutido na interação de conhecimentos da odontologia e fisioterapia diz respeito às condições inerentes às limitações motoras. As pessoas com deficiência advinda da paralisia cerebral estão sujeitas aos problemas de oclusão. Isso se deve a motivos como respiração oral e posicionamento incorreto da língua, levando à deglutição adaptada. Em consequência, estão sujeitas à condição de mordida aberta anterior, palato ogival com pré-maxila avançada e maior risco de fratura de dentes anteriores por trauma. O que justifica a inserção da variável dente anterior fraturado neste estudo.

O tratamento odontológico de pessoas com deficiência requer mudança de atitude, no sentido de buscar a cooperação delas durante o atendimento clínico. No caso das pessoas que possuem reflexos patológicos, como nos portadores de paralisia cerebral, a integração com a fisioterapia permite ao profissional da odontologia introduzir técnicas de relaxamento postural. Isso favorece ao profissional o menor desgaste na execução do trabalho na cavidade oral. Além do mais, há técnicas para o posicionamento adequado, na cadeira clínica, de um portador de paralisia cerebral. A posição correta da cabeça, ombros, braços, quadril, joelhos, também pode ser facilitada por meio de dispositivos auxiliares, como os rolos de espuma e abridores de boca. Até a inclinação do encosto da cadeira pode contribuir para uma melhor condução do tratamento odontológico.

As pessoas com mobilidade reduzida devem interagir, constantemente, com seu meio sociocultural. Quanto mais essas pessoas estiverem em um ambiente que lhes restrinja a mobilidade e acessibilidade aos serviços, maior será a dificuldade para conseguir uma vida plena e autônoma, levando-a a situação de desvantagem²⁷. Por isto é importante a interação da fisioterapia com a odontologia, de modo a garantir um maior conforto ao paciente no momento do tratamento odontológico, minimizando os constrangimentos decorrentes da mobilidade reduzida.

Neste sentido, estudos no Brasil sobre a acessibilidade das pessoas com deficiência ou restrição na mobilidade aos serviços de saúde são de fundamental importância. Isso porque poderão contribuir para a definição de parâmetros para a construção de um serviço de saúde mais resolutivo e voltado às necessidades das pessoas com deficiência de mobilidade²⁸. Todo consultório odontológico ou clínica deveria oferecer acesso livre aos pacientes, com rampas e estacionamentos

adequados e equipado para assegurar o tratamento com qualidade²⁹.

Contudo, para além do acesso geográfico, mesmo nos países desenvolvidos como os Estados Unidos, autores³⁰ discutem o desafio histórico de acesso à saúde bucal para pessoas com deficiência e requerimento de políticas e estratégias para melhorar os resultados e acesso aos cuidados bucais para os indivíduos que necessitam de serviços especiais na área odontológica.

Para melhorar os indicadores de saúde nas pessoas com deficiência, as estratégias educativas são recomendadas. Estudo conduzido na Itália³¹ demonstrou que a intervenção educacional para deficientes e professores de instituição de ensino funcionou como resposta às disparidades nos serviços de saúde para pessoas com deficiências. Foram detectadas melhorias significativas do grupo de estudo, sugerindo ser a estratégia educativa eficaz para o curto prazo. Também a adoção de estratégias no ambiente clínico odontológico foi proposto em estudo no México³² que enfatizou o manejo adequado de ações de prevenção às doenças bucais de pessoas com deficiência.

Apesar de todos os esforços empreendidos na discussão dos resultados deste estudo, integrando as três áreas de conhecimento, cabe enfatizar a dificuldade encontrada pela escassez de publicações com avaliação integral, odontológica, fonoaudiológica e fisioterápica em pessoas com deficiência. Isso demonstra, em parte, o pouco interesse dos profissionais de saúde em publicar material de trabalho em equipe interdisciplinar.

É necessário ressaltar as limitações do presente estudo. Tem-se como limitação o fato de ter sido conduzido em uma única instituição de ensino, que foi escolhida por se tratar de instituição parceira da universidade, e a eventual necessidade de planejar a assistência aos institucionalizados. Contudo, a avaliação odontológica foi de cunho censitário, com validade interna. A não avaliação fonoaudiológica e fisioterápica para todos os institucionalizados se deve ao fato dessas avaliações terem sido planejadas para o primeiro dia de atendimento clínico. Isso se justifica pela importância de envolver o acadêmico de odontologia nas referidas avaliações. Sendo assim, parte dos pacientes agendados não compareceram à Clínica, acarretando perda de pesquisados nas avaliações fonoaudiológicas e fisioterápicas. Para esse fato, tem-se como hipóteses que, o não comparecimento à Clínica da Unimontes se deve à ausência de necessidades odontológicas e/ou ao acesso à assistência em outra unidade de saúde, como em consultório odontológico privado.

5. CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa contribuíram para o agendamento de pessoas com deficiência ao atendimento odontológico, priorizando aqueles com maiores necessidades a partir da classificação pelo grau de atenção requerida. O percentual de pessoas com necessidades odontológicas foi maior que os com necessidades fonoaudiológicas e fisioterápicas. Contudo, o levantamento de condições fonoaudiológicas e fisioterápicas preexistentes foi importante. Um indivíduo com déficit de comunicação e de tônus muscular exige um manejo diferenciado para a melhor condução do atendimento clínico odontológico, o que envolve planejamento e atenção multidisciplinar e interdisciplinar em saúde.

Nesse sentido, este estudo apresentou os resultados levantados por uma equipe de profissionais de saúde, que trabalha de forma integrada e complementar na assistência aos portadores de deficiências. As necessidades em saúde dessas pessoas foram avaliadas e discutidas pela equipe, juntamente com acadêmicos de odontologia, antes dos procedimentos clínicos. Isso favoreceu uma abordagem terapêutica integral e ao mesmo tempo individualizada para os pacientes especiais. Assim, foi possível buscar uma melhor qualidade dos serviços prestados em adição à segurança da pessoa com deficiência, culminando em maior colaboração ao tratamento odontológico. Ademais, este estudo possibilitou ao estudante de odontologia a interação com outras categorias profissionais e maior treinamento para o atendimento de pessoas com deficiência, em uma abordagem multidisciplinar.

Sugere-se mais publicações com envolvimento multiprofissional, no sentido de contribuir para o atendimento integral em saúde às pessoas com deficiência.

COLABORADORES

ABO PALMA realizou coleta de dados da odontologia, análise e interpretação dos dados, participou da revisão de literatura e redação do artigo. LAR ROSSI-BARBOSA realizou coleta de dados da fonoaudiologia, participou da revisão de literatura, interpretação dos dados e redação do artigo. TTA SANTA-ROSA participou da interpretação dos dados, revisão de literatura e redação do artigo. RP SOUZA realizou coleta de dados da fisioterapia, interpretação dos dados e participou da revisão de literatura e redação do artigo. Y PAULA revisou a literatura e contribuiu na redação do artigo. SM COSTA realizou coleta de dados da odontologia, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por amostra de domicílios, 2000 [Internet]. [acesso em 20 abr 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de atenção a grupos especiais. Programas de atenção à pessoa portadora de deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
3. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros FC. Lancet Brazil Series Working Group. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011 May; 377:2042-53.
4. Mezomo JC. Reinventando a universidade. *Cad Univ*. 1994; 5:254-5.
5. Brasil. Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3 de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília: Diário Oficial da União; 2002.
6. Fontes LBC. Saúde oral de crianças portadoras de deficiências no contexto do Sistema Único de Saúde. *Pesq Bras Odontop Clin Integr*. 2006 jan/abr; 6(1):7-8.
7. Palma ABOP, Rossi-Barbosa LAR, Almeida MFLS, Souza RP, Costa SM. A extensão universitária da odontologia frente à complexidade da realidade: acesso aos serviços odontológicos para portadores de necessidades especiais. *In: Souza AA. A Unimontes no Cenário Norte Mineiro. Montes Claros: Ed. Unimontes; 2012. p. 39-51.*
8. Areias RLFC. A atuação fonoaudiológica junto à clínica odontológica na área de pacientes especiais. *In: Mugayar LRF. Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral. São Paulo: Pancast; 2000. p. 262.*
9. Castilho LS, Carvalho CF, Toso FP, Jacob MF, Abreu MHNG, Resende VLS. Utilização do INTO para triagens de grandes grupos populacionais. Experiência com pacientes especiais. *Rev CROMG*. 2000; 6(3):195-9.
10. Barry W, Andreeva B. Cross-language similarities and differences in spontaneous speech patterns. *Journal of the International Phonetic Association*. 2001; 31:51-66.
11. Lennes M, Alarotu N, Vainio M. Is the phonetic quality of unaccented words unpredictable? An example from spontaneous Finnish. *Journal of the International Phonetic Association*. 2001; 31:127-38.
12. Resende VLS, Castilho LS, Viegas CMS, Soares MA. Fatores de risco para a cárie em dentes decíduos de portadores de necessidades especiais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2007 maio/ago; 7(2):111-7.
13. Fourniol Filho A. Pacientes especiais e a odontologia. São Paulo: Editora Santos; 1998.
14. Pereira MAS, Pereira CU, Novais SMA, Pereira JC, Carvalho WF, Santos CNA. Avaliação das condições estomatológicas de pacientes portadores de hidrocefalia congênita. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2008 jan/abr; 8(1):15-20.
15. Moraes MEL, Bastos MS, Rocha LC. Prevalência de cárie pelo índice CPO-D em portadores de Síndrome de Down. *PGRO Pós-Grad Rev Odontologia*. 2002; 5(2):74-82.
16. Aguiar ACEC, Paé TM, Souza PP. Prevalência de cárie pelo índice CPO-d em alunos da APAE de Araguaína – Tocantins. *Rev científica do ITAC*. 2011; 4(2):7-9.
17. Rossi-Barbosa LAR, Palma ABO, Coelho IM, Pereira LMB, Abreu MHNG, Costa SM. Expectativa e satisfação dos pais ou responsáveis dos usuários da APAE atendidos na Clínica de Pacientes Especiais do Curso de Odontologia da Unimontes (MG), Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2007 jan/abr; 7(1):51-8.
18. Schirmer CR, Fontoura DR, Nunes ML. Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. *J Pediatr*. 2004; 80(2,supl):s95-s103.
19. Mendonça MM. Retardo mental. *In: Fonseca LF, Xavier CC, Pianetti. Compêndio de neurologia infantil. Rio de Janeiro: Ed. Medsi; 2002. p. 855-66.*
20. Menezes C, Silva LC. Atuação fonoaudiológica e odontológica em pacientes portadores de necessidades especiais. *In: Britto ATBO. Livro de Fonoaudiologia. São José dos Campos: Pulso; 2005. p. 353-72.*
21. Bobath B. Hemiplegia em adultos: avaliação e tratamento. 3ª ed. São Paulo: Manole; 2001.
22. Effgen S. Fisioterapia pediátrica: atendendo as necessidades das crianças. São Paulo: Guanabara Koogan; 2007.
23. Sanclemente MP. Problemas de linguagem na paralisia cerebral: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Editora Santos; 2001.
24. Aparecida D, Duarte P. Leucomalácia periventricular e diplegia espástica: implicações nas habilidades psicolinguísticas. *Pró-Fono*. 2007; 19(4):357-62.

REFERÊNCIAS

25. Mazzola D, Polese JC, Shuster RC, Oliveira SG. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na Clínica de Fisioterapia Neurológica da Universidade de Passo Fundo. *RBPS*. 2007; 2091:22-7.
26. Nunes S, Pereira C, Silva MG. Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. *Essfisionline*. 2005; 1(3):3-20.
27. Associação Brasileira de Normas Técnicas [ABNT]. NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT; 2004.
28. Amaral FLJS, Holanda CMA, Quirino MAB, Nascimento JPS, Neves RF, Ribeiro KSQS, Alves SB. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Ciênc saúde coletiva*. 2012; 17(7):1833-40.
29. Edelstein BL, Chinn CH. Update on disparities in oral health and access to dental care for American's children. *Acad Pediatr*. 2009; 9:415-9.
30. Buchholtz KJ, King RS. Policy and proposals that will help improve access to oral care services for individuals with special health care needs. *N C Med J*. 2012; 73(2):124-7.
31. Avenali L, Guerra F, Cipriano L, Corridore D, Ottolenghi L. Disabled patients and oral health in Rome, Italy: long-term evaluation of educational initiatives. *Ann Stomatol*. 2011; 2(3-4):25-30.
32. Martinez-Menchaca H, Rivera-Silva G. Salud bucodental en personas con necesidad de cuidados especiales de salud en México. *Salud pública Méx*. 2011; 53(3).

Endereços para correspondência:

Adriana Benquerer Oliveira
adrianabenquerer@yahoo.com.br

Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa
luiza.rossi@unimontes.br

Rawielle Pascoal de Souza
rawielle@yahoo.com.br

Thalita Thyrza Almeida Santa-Rosa
thalitasantarosa@yahoo.com.br

Yuri de Paula
gagaryuri@yahoo.com.br

Simone de Melo Costa
smelocosta@gmail.com