

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA
COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

GUIA DE CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

DOCUMENTO DISPONÍVEL PARA CONSULTA PÚBLICA

CONSULTA PÚBLICA

Sumário

1. Atenção Primária em Saúde Bucal Indígena: Pessoa Indígena com Deficiência	9
1.1 SESAI em Números: Estrutura e Alcance da Atenção à Saúde Indígena	9
1.2 Monitoramento e Indicadores de Saúde Bucal no SASI	10
1.3 Pessoa Indígena com Deficiência: Inclusão em Saúde Bucal	11
2. Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência em Situação de Rua	16
2.1 Planejamento das Ações	18
2.2 Etapas na Construção do PTS	18
2.3 Atenção à Saúde Bucal	20
Considerações Finais	21
3. Saúde Bucal de Pessoas com Deficiência no Sistema Prisional	23
3.1 Pessoas com Deficiência no Cárcere	23
3.2 Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)	25
3.3 Acesso ao Cuidado Odontológico de Pessoas com Deficiência no Contexto da Privação de Liberdade.....	26
3.4 Adaptações e Sugestões de Protocolos para o Atendimento Odontológico no Sistema Prisional: Segurança X Particularidades da Pessoa com Deficiência	27
3.5 Desafios e Perspectivas para a Atenção Odontológica de Pessoas com Deficiência no Sistema Prisional	30
4. Pacientes com Necessidades Especiais em Odontologia e Pessoas com Deficiência: Distinções Conceituais e Implicações para o Cuidado em Saúde Bucal	32
5. Da garantia de direitos à inclusão social: políticas, redes de atenção e combate ao capacitismo	35
5.1 Direitos da pessoa com deficiência	35
5.2 A Lei Brasileira de Inclusão (LBI) - Lei nº 13.146/2015	36
5.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD)	37
5.4 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)	38
5.5 Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB)	41

6	Enfrentamento ao Capacitismo	44
6.1.	O capacitismo na área de saúde e na odontologia	46
6.2	O capacitismo linguístico	49
6.3.	Combatendo o capacitismo na odontologia	51
7	Barreiras atitudinais, comunicacionais, arquitetônicas e violências institucionais	55
7.1	Dimensões e Barreiras da Acessibilidade	58
7.2	Acessibilidade e barreiras atitudinais	63
7.3	Acessibilidade e barreiras comunicacionais	67
7.4	Acessibilidade e barreiras arquitetônicas	68
7.5	Barreiras e violências institucionais	70
8	Organização do Cuidado nas Redes de Atenção à Saúde	75
8.1	Organização do cuidado nas redes de atenção à saúde	75
8.2	Atenção Primária à Saúde (APS)	76
8.3.	Atenção Primária à Saúde e importância da promoção e prevenção no cuidado à pessoa com deficiência	77
8.4.	Atenção Primária à Saúde no contexto de resolução de problemas da pessoa com deficiência	88
8.5.	Atenção Especializada Ambulatorial - Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)	92
8.6.	Serviços de Especialidades em Saúde Bucal – SESB	96
8.7.	Atenção Domiciliar/Home Care	98
8.8.	Atenção Especializada Hospitalar	98
9.	Atenção odontológica à pessoa com transtornos do desenvolvimento intelectual	106
9.1.	Características bucais	108
9.2.	Alterações Bucais X Condições Sistêmicas	111
9.3.	Cuidados Específicos	113
9.4	Estratégias de Manejo do Comportamento	117
10.	Atenção Odontológica à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – TEA	119

10.1 Aspectos gerais do TEA	119
10.2 Aspectos Odontológicos	126
10.3. Rede de Atenção Odontológica à Pessoa com TEA no SUS: Níveis de Atenção	132
10.4. Atenção Especializada Ambulatorial	148
10.5. Atenção Especializada Hospitalar	150
10.6. Atenção em Saúde e a articulação com diferentes setores	151
10.7. Últimas considerações	152
11. Atenção Odontológica à Pessoa com Deficiência Física	154
11.1 Barreiras arquitetônicas, mobilidade e adequação do ambiente clínico	155
11.2 Acessibilidade Arquitetônica e de Circulação	155
11.3. Adaptações de Equipamentos e Mobiliário	156
11.4. Adaptações ergonômicas e posicionamento do paciente	156
11.5. Banheiros Acessíveis	158
12. Atenção Odontológica à Pessoa com Deficiência Sensorial – Visual e Auditiva	159
12.1 Barreiras encontradas por pessoas com deficiência sensorial	160
12.2. Deficiência auditiva	162
12.3. Deficiência visual	165
12.4. Deficiência visual e auditiva	169
13. Atenção Odontológica à Pessoa com Demência	173
13.1 Atenção odontológica à pessoa com Doença de Alzheimer	175
13.2. Evidências Científicas Recentes sobre a Relação entre Saúde Bucal e Demência...	177
13.3. Características bucais em pessoas idosas com Doença de Alzheimer e outras demências	178
13.4. Principais Condições Bucais em Idosos com Doença de Alzheimer e Outras Demências	183
13.5. Cuidados especiais e abordagem clínica	183
13.6. Estratégias de manejo do comportamento	184

13.7. Atenção à saúde Odontológica para Pessoas com Demência	184
13.8. Estratégias complementares	185
13.9. Interface entre Demência, Saúde Bucal e Equipe Multiprofissional	187
13.10. Considerações finais	189
14. Atenção odontológica à pessoa com Doença de Parkinson	191
14.1. Atenção à saúde Odontológica para para pessoas com Doença de Parkinson	195
14.2. Interface entre Doença de Parkinson, Saúde Bucal e Equipe Multiprofissional	199
15. Atenção Odontológica a Pessoa com Paralisia Cerebral	201
15.1 Características Bucais	204
15.2 Cuidados Específicos	207
15.3. Estratégias de Manejo do Comportamento	217
16. Atenção Odontológica à Pessoa com Trissomia do 21	221
16.1. Aspectos Gerais	221
16.2. Aspectos Craniofaciais	223
16.3. Aspectos Bucais	224
16.4. Particularidades para o Atendimento Odontológico	229
16.5. Modalidades de Atendimento Odontológico	231
16.6. Sedação e Anestesia Geral	234
16.7. Tratamento Ortodôntico e Ortopédico Facial e Funcional dos Maxilares	237
16.8. Orientações aos Responsáveis no Cuidado da Saúde Bucal	245
16.9. Considerações Finais	246
17. Atenção Odontológica à Pessoa com Transtornos Mentais	248
17.1 Definição e Classificação dos Transtornos Mentais	249
17.2. Principais Achados Orais em Pessoas com Transtornos Mentais	253
17.3. Seguimento assistencial em Odontologia para Pessoas com Transtornos Mentais	257
17.4. Interface entre TM, Saúde Bucal e Equipe Multiprofissional	259

17.5. Considerações Finais	259
18. Atenção Odontológica à Pessoa com Síndrome Congênita Associada a Infecção pelo Vírus Zika	261
18.1 Características Bucais	262
18.2 Cuidados Específicos	265
19. Técnicas de Manejo da Pessoa com Deficiência na Odontologia	269
19.1. Principais desafios no atendimento à Pessoa com Deficiência	269
19.2. Dessensibilização	271
19.3. Aspectos Éticos e legais	279
19.4. Integração com Outras Abordagens	281
19.5. Considerações Finais	282
20. Tecnologia Laser na Prática Odontológica Voltada à Pessoas Com Deficiência	283
20.1. Princípios básicos da tecnologia laser	284
20.2. Terapia Fotodinâmica Antimicrobiana (TFDA)	288
20.3. Aplicações Clínicas	289
21. Atendimento Odontológico sob Anestesia Geral	293
21.1. Requisitos estruturais e composição da equipe	295
21.2. Fluxo de atendimento, preparo pré-anestésico e cuidados pós-operatórios	298
21.3. Anexos	302
22. Atendimento Sob Sedação Consciente com Óxido Nitroso	309
22.1. Conceitos Gerais	309
22.2. Sedação Processual Medicamentosa Por Via Oral	313
22.3. Sedação Processual Inalatória com Óxido Nitroso	318
22.4 Fluxo de Atendimento e Registro em Prontuário	338
22.5. Monitoramento e Segurança em Sedação Odontológica	341
22.6. Requisitos Legais, Éticos e Qualificação Profissional	352
22.7. Atendimento Odontológico Sob Anestesia Geral	355

Considerações Finais	360
23. Desafios e Perspectivas para o Cuidado Integral à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência	362
23.1. Formação e Qualificação profissional	363
23.2. Educação Permanente e Inclusiva em Saúde	364
23.3. Barreiras de Acesso e Estratégias de Superação	366
23.4. Tecnologias Assistivas e Recursos de Apoio	368
23.5. Participação Social e Protagonismo da Pessoa com Deficiência	375
23.6. Perspectivas Futuras	376
23.7. Considerações Finais	377
24. O Papel de Pais, Familiares e Cuidadores no apoio ao cuidado em saúde bucal	379
24.1. A importância da família no cuidado em saúde bucal	379
24.2. O papel importante dos cuidadores	381
24.3. Educação em saúde e fortalecimento da autonomia familiar	382
24.4. Estratégias para promoção do autocuidado e da adesão ao tratamento	383
24.5. Gestão do estresse, saúde mental dos cuidadores e corresponsabilização no cuidado	384
25. O Profissional com Deficiência no campo da Saúde Bucal	388
25.1. Direito ao trabalho e inclusão profissional no Sistema Único de Saúde (SUS)	389
25.2. Barreiras enfrentadas no exercício profissional: físicas, comunicacionais e atitudinais	391
25.3. Adaptação do ambiente de trabalho odontológico	392
25.4. Vivência de profissionais dentistas com deficiência	394
25.5. Adaptações para cirurgiões-dentistas com deficiência	400
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	405

1. Atenção Primária em Saúde Bucal Indígena: Pessoa Indígena com Deficiência

1.1. SESAI em Números: Estrutura e Alcance da Atenção à Saúde Indígena

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é responsável pela organização e execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas destinada à população indígena aldeada do Brasil, que atualmente ultrapassa 820 mil pessoas. Esse cuidado é estruturado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), distribuídos em 24 unidades da federação, e cobre mais de 7.000 aldeias em uma área de aproximadamente 950 mil km². A rede de atenção conta com 377 polos-base, que funcionam como unidades de referência local, e 70 Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), das quais duas têm abrangência nacional, garantindo acolhimento e suporte para deslocamentos necessários no atendimento.

A atenção à saúde bucal dos povos indígenas no Brasil é organizada no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), sob coordenação da SESAI. O SASISUS está estruturado nos 34 DSEI, com equipes multiprofissionais que incluem profissionais de saúde bucal atuando em 7.069 aldeias (SIASI/SESAI/set. 2025). São 584 cirurgiões-dentistas, 274 auxiliares em saúde bucal e 100 técnicos em saúde bucal. Esse quadro atende uma população marcada por uma diversidade cultural e linguística única, composta por 305 etnias que se comunicam em 274 línguas diferentes. Essa complexidade impõe desafios singulares à gestão e à prática do cuidado, exigindo estratégias interculturais, a presença de equipes multiprofissionais e a valorização dos saberes tradicionais, de modo a garantir a universalidade, a integralidade e a equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para os povos indígenas.

Tabela 1. Dados gerais sobre a estrutura e a cobertura da SESAI - Brasil, 2025

SESAI EM NÚMEROS

População indígena aldeada	820.000
Distritos Sanitários Indígenas (DSEI) em 24 estados da	34
FederaçãoNúmero de aldeias	7.069
Número de polos-base	377
Número de Casas de Apoio à Saúde Indígena (2 nacionais)	70
Área total coberta	950.122 km²

Número de profissionais de saúde	22.000
Número de cirurgiões-dentistas	584
Número de Auxiliares em Saúde Bucal	274
Número de Técnicos em Saúde Bucal	100
Número de Etnias	305
Número de línguas	274

Fonte: SIASI/SESAI 09/2025.

1.2. Monitoramento e Indicadores de Saúde Bucal no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI)

A magnitude do SASI, com mais de 820 mil indígenas aldeados, exige políticas públicas ancoradas em avaliação e monitoramento contínuos. No campo da saúde bucal, foram estabelecidos indicadores nacionais para o período 2024-2027, como o percentual da população indígena com primeira consulta odontológica programática (meta de 45% em 2024, crescendo para 60% até 2027) e o percentual de tratamentos básicos concluídos (de 52% em 2024 para 60% em 2027). Esses parâmetros não apenas orientam o planejamento, mas também permitem aferir a efetividade das ações no enfrentamento das iniquidades de acesso.

Os indicadores de saúde bucal tornam-se ainda mais relevantes quando cotejados com os desafios mais amplos da saúde indígena, como a mortalidade materna e infantil, a carga crescente das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e a persistente falta de saneamento básico. O monitoramento de consultas odontológicas em gestantes indígenas, por exemplo, é um marcador de integração entre a saúde bucal e a atenção pré-natal, com meta de ampliar de apenas 8% em 2024 para 35% até 2027. Da mesma forma, indicadores intermediários, como a realização de Tratamento Restaurador Atraumático (ART), a escovação supervisionada e a atenção regular nas aldeias, refletem a importância de ações preventivas e de cuidado continuado em territórios onde o risco de agravamento de doenças bucais se associa a determinantes sociais mais amplos.

Esse processo de monitoramento cumpre dupla função: de um lado, direciona os esforços da SESAÍ na superação de barreiras logísticas e culturais, garantindo a entrada regular de cirurgiões-dentistas nas aldeias (meta de 40% das aldeias com pelo menos quatro visitas anuais); de outro, oferece subsídios para o controle social e para a integração da

saúde bucal aos demais eixos de política pública. Ao produzir dados confiáveis e comparáveis, a SESAI fortalece a capacidade do Estado de responder às demandas específicas dos povos indígenas, assegurando que a ampliação do acesso à atenção odontológica caminhe junto ao enfrentamento dos grandes desafios estruturais da saúde indígena.

1.3. Pessoa Indígena com Deficiência: Inclusão em Saúde Bucal

No campo da deficiência, os dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) revelam que aproximadamente 7,9% da população indígena autodeclara algum tipo de deficiência, sendo esse percentual mais elevado entre idosos (superior a 30% após os 65 anos). Esses dados oferecem uma estimativa nacional da magnitude do fenômeno, mas não captam as especificidades locais e tampouco se integram diretamente às informações do setor saúde.

Reconhecendo essa lacuna, a SESAI desenvolveu, no âmbito do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), o módulo SIASI–Pessoa Indígena com Deficiência (PlcD), que permite o registro sistemático dos casos identificados nas comunidades. Relatório consolidado de 2022 (Nota Técnica nº 29/2025 – COAPRO/CGGAS/DAPSI/SESAI/MS) indicou a presença de 6.222 pessoas indígenas com deficiência cadastradas, distribuídas nos 34 DSEI. Deste total, 57% são homens, com maior concentração na faixa etária de 11 a 20 anos. O DSEI com maior número de PlcD é o DSEI Mato Grosso do Sul que, também, é o maior em número populacional.

A Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023, dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). No entanto, não há menções expressas à população indígena ou ao SASI-SUS. Diante desse contexto, torna-se essencial estabelecer articulação entre a SESAI e a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), de modo a garantir que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) contemple fluxos regulados no âmbito dos DSEI, abrangendo a Atenção Primária em Saúde, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os serviços hospitalares de referência para sedação e anestesia geral. Também se faz necessária a integração do módulo SIASI–IcD ao monitoramento nacional da PNAISPD e da RCPD, com a criação de indicadores específicos

voltados à população indígena com deficiência, incluindo a saúde bucal como componente essencial.

Igualmente relevante é assegurar financiamento diferenciado para o transporte sanitário especializado e para a manutenção de serviços odontológicos acessíveis nos territórios, além de promover a formação continuada das equipes multiprofissionais dos DSEI com conteúdo Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE), em uma perspectiva intercultural que considere barreiras linguísticas, culturais e geográficas. A adoção dessas medidas é fundamental para que a implementação da PNAISPD e da RCPD se faça de forma equitativa, respeitando os princípios do SUS e garantindo às PlcD o direito à atenção integral e diferenciada em saúde bucal.

É importante ressaltar que nem toda pessoa indígena com deficiência apresenta necessidades odontológicas especiais, e, por outro lado, há indígenas que não se enquadram como pessoas com deficiência, mas necessitam de atendimento odontológico diferenciado.

O conceito de “necessidades especiais em odontologia” abrange condições temporárias ou permanentes de ordem médica, comportamental, cognitiva ou social, que podem exigir adaptações clínicas, tempo de atendimento ampliado ou encaminhamento para sedação/anestesia geral. Nesse sentido, a deficiência é apenas uma das situações que podem demandar atenção diferenciada.

Na Atenção Primária à Saúde Indígena, cabe às equipes (ref):

- Realizar busca ativa e registro qualificado no SIASI–PlcD;
- Preencher a Ficha 04 anualmente, por equipe de saúde bucal;
- Assegurar o tratamento concluído para todas as pessoas que receberam primeira consulta odontológica;
- Identificar precocemente indígenas com deficiência e/ou necessidades odontológicas especiais, priorizando a primeira consulta odontológica programática;
- Assegurar acessibilidade arquitetônica, comunicacional e cultural nos serviços;
- Promover ações educativas e preventivas adaptadas, valorizando a participação das lideranças e agentes indígenas de saúde;
- Estabelecer fluxos de referência para os CEOs e serviços hospitalares quando houver necessidade de sedação ou anestesia geral;

- Promover articulação com as políticas intersetoriais de proteção social, uma vez que muitos indígenas com deficiência recebem benefícios assistenciais, fator que pode contribuir para o planejamento integrado das ações;
- Receber, quatro vezes ao ano, kits de higiene bucal pelas equipes de saúde indígenas.

A consolidação do módulo PcD no SIASI, associada aos dados do IBGE, oferece base para o desenvolvimento de indicadores nacionais e distritais. Recomenda-se a integração desses registros aos indicadores de saúde bucal já monitorados (primeira consulta programática, tratamentos concluídos, procedimentos, cobertura de ações coletivas), permitindo dimensionar o acesso e os desfechos em saúde bucal para esse grupo. Recomenda-se, ainda, que no SIASI seja inserido- em registros- a regularidade com que o indígena PcD recebe as tecnologias do cuidado através de pajés, benzedeiras, raizeiras, parteiras entre outros.

Por fim, destaca-se a necessidade de avançar na formação de equipes capacitadas em OPNE, com ênfase nas particularidades culturais dos povos indígenas. A soma dos esforços institucionais, a produção de dados de qualidade e o fortalecimento das práticas inclusivas são fundamentais para garantir que a atenção primária em saúde bucal indígena seja, de fato, universal, equitativa e integral.

Inclusão Transversal da Saúde Bucal Indígena no Guia

Embora o Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência organize o conteúdo por temas e não destaque, em cada seção, um subcapítulo específico sobre povos indígenas, entende-se como princípio orientador que sempre que o cuidado envolver pessoas indígenas com deficiência, devem ser consideradas de forma transversal suas especificidades socioculturais, epidemiológicas e organizacionais. Essas especificidades decorrem do modelo de atenção diferenciado do SASI-SUS, operado pelos DSEI com equipes multiprofissionais que atuam em polos-base, unidades móveis e consultórios portáteis, muitas vezes em contextos de grande dispersão territorial e difícil acesso. Desse modo, todo o conteúdo do Guia – da definição de conceitos à organização da rede, do manejo clínico às estratégias de promoção e prevenção — deve ser lido à luz de um conjunto de premissas que assegurem equidade, segurança cultural e efetividade do cuidado.

Os determinantes sociais e ambientais presentes em diversos territórios indígenas como condições de saneamento e acesso à água, segurança alimentar e nutricional, e

exposições ambientais impactam diretamente a saúde bucal e exigem ações intersetoriais, educação em saúde culturalmente situada e, quando necessário, medidas específicas (por exemplo, vigilância da qualidade da água e manejo de agravos associados). A acessibilidade arquitetônica e comunicacional dos pontos de atenção deve ser assegurada, incluindo adequações físicas, sinalização, acolhimento e estratégias de dessensibilização e manejo comportamental para pessoas com limitações funcionais, sempre com respeito às referências culturais locais. Nesse contexto, tecnologias de cuidado, como a teleodontologia, podem apoiar triagem, educação de cuidadores e seguimento, reduzindo deslocamentos e fortalecendo a continuidade.

O paciente indígena com deficiência aldeado em locais distantes dos grandes centros onde se localizam as redes de atenção à saúde tem dificuldade em grande parte, semelhantes às da população não indígena com deficiência. No entanto, os entraves logísticos representam um diferencial marcante no acesso aos serviços odontológicos. A necessidade de deslocamento das aldeias até os polos-base, onde há estrutura mínima de atendimento, impõe custos sociais e econômicos significativos às famílias, que precisam se afastar de atividades essenciais como agricultura, caça e pesca. A responsabilidade pelo custeio das remoções sanitárias é da SESAI, tanto para os deslocamentos até os polos-base quanto para os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Contudo, a limitação do número de CASAI atualmente em apenas 70 unidades agrava a situação, especialmente em municípios onde não há essa estrutura de apoio. Adicionalmente, a ausência de garantia de atendimento prioritário, quando não há agendamento prévio pelas equipes da CASAI ou dos polos-base, pode resultar no retorno do paciente à aldeia sem o atendimento necessário, comprometendo a continuidade do cuidado. Esses fatores evidenciam a necessidade de fortalecer as ações interinstitucionais para garantir o acesso equitativo, contínuo e culturalmente adequado aos serviços de saúde bucal para a pessoa indígena com deficiência.

A organização do cuidado deve prever critérios transparentes de priorização, itinerários terapêuticos compatíveis com a realidade dos DSEI e vias para sedação/anestesia geral quando as técnicas não farmacológicas forem insuficientes, com protocolos de segurança e acompanhamento pós-procedimento. A formação e a educação permanente das equipes devem incluir conteúdos de OPNE com enfoque intercultural, manejo do comportamento, comunicação acessível, planejamento interprofissional e participação

comunitária. No monitoramento, recomenda-se integrar o SIASI em especial o módulo Pessoa Indígena com Deficiência aos indicadores de saúde bucal, com desfechos centrados na pessoa (conclusão de tratamento, tempo de espera para procedimentos, qualidade de vida relacionada à saúde bucal e satisfação do usuário/cuidador), garantindo proteção de dados e respeito à legislação aplicável.

Por fim, a efetividade do cuidado em saúde bucal da pessoa indígena com deficiência depende de financiamento adequado e mecanismos de provisão que reconheçam o custo assistencial de contextos remotos, do transporte sanitário especializado e do maior tempo de atendimento, bem como da articulação entre as redes de atenção do SUS e o modelo diferenciado do SASI-SUS. Ao afirmar essas premissas de modo transversal, o Guia reforça seu compromisso com a universalidade, a integralidade e a equidade, assegurando que nenhuma pessoa indígena com deficiência fique desassistida no acesso ao cuidado em saúde bucal.

2. Atenção à Saúde Bucal da pessoa com deficiência que se encontra em situação de rua.

O cuidado à saúde bucal das pessoas com deficiência que se encontram em situação de rua consiste em desafio pautado pelo acúmulo de condições e situações que aumentam os riscos à saúde, a exposição a violências e estigmas, e que dificultam ainda mais o acesso às políticas públicas e à garantia de direitos.

Pessoa em situação de rua, de acordo com o Decreto no. 7.053/2009 o qual institui a Política Nacional para População em Situação de Rua, por definição, é aquela que pertence ao grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e inexistência de moradia convencional regular, utilizando os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como a utilização das unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Em suas diretrizes, a política expressa a importância da implementação de políticas públicas integradas entre diversos setores e em cada nível de governo dada a complexidade da situação, visando assim, assegurar o acesso - amplo, simplificado e seguro - aos serviços e programas incorporados às políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, nutrição, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda. A política indica, também, a importância da participação organizada da população em situação de rua (Poprua) e da sociedade civil nas diversas instâncias de formulação, controle social, monitoramento e avaliação das políticas públicas, cabendo a cada instância de governo incentivo e apoio à instauração de Fóruns e do Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (CIAMP), disposto no Decreto nº 9.894, de 27 de junho de 2019. Deste modo, todos os representantes das áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua têm responsabilidade compartilhada no que compete à integração das ações e ao fomento à participação popular.

Considerando as especificidades e o nível de complexidade nas necessidades em saúde das pessoas em situação de rua, foi instituída a Equipe de Consultório na Rua (eCnR) - Portaria nº 122 de janeiro de 2011 - como estratégia da Atenção Primária à Saúde para a ampliação do acesso à saúde e a qualificação do gerenciamento do cuidado à essa população, através da sinergia de saberes da equipe multiprofissional e da produção de vínculos para a construção compartilhada com os usuários de seus projetos terapêuticos singulares (PTS). Contudo, usuários em situação de rua, devem estar vinculados e serem acompanhados também pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) mais próximas dos locais onde ocupam, tendo seu cuidado compartilhado entre estas equipes e a eCnR.

O trabalho da eCnR, deve ser orientado por uma proatividade na busca dos usuários nos territórios que ocupam e na produção de vínculo entre profissionais e usuários pautados pelo compromisso com a vida, a saúde e a autonomia. As ações da equipe devem abranger o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, pelos princípios da redução de danos (RD), dispostos pela Portaria nº 1028, de 1º de julho de 2005, lógica de cuidado capaz de

ampliar o acesso à direitos e ações intersetoriais. A lógica de redução de danos incentiva a realização de ações de informação, educação e aconselhamento que tenham por objetivo evitar o agravamento das consequências do uso prejudicial de produtos, substâncias ou drogas, por meio do estímulo à adoção de comportamentos mais seguros, sem necessariamente estimular a abstinência destas. Vale constar que pela lógica da RD, nem todo consumo de drogas, mesmo as ilícitas psicoativas, causam danos ou são prejudiciais, as avaliações profissionais devem considerar as relações entre as condições biopsicossociais e as questões morais referentes ao uso. As estratégias de redução de danos, sob amplo aspecto, visam ultrapassar barreiras de acesso e devem ser ferramentas para promover a saúde e a dignidade de pessoas com deficiência e em situação de rua, garantindo o acesso a direitos e serviços essenciais, contribuindo no enfrentamento de aspectos importantes das marginalizações e exclusões sociais impostas a esta população.

As eCnR devem desempenhar suas atividades de forma itinerante nos territórios adscritos, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades de Atenção Primária e Unidades de Saúde da Família (UBS/ USF) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário, organizando e integrando o cuidado na rede de atenção à saúde (RAS). No caso da pessoa com deficiência em situação de rua, que apresenta grande restrição da sua mobilidade ou autonomia, quando necessária maior locomoção para acesso às consultas e exames na RAS, esta deve ser ofertada ou articulada pelas eCnR.

Nesse contexto, as pessoas com deficiência e que se encontram em situação de rua estão mais expostas às diversas formas de violências que se acumulam àquelas condicionadas às questões de gênero, raça/cor/etnia, idade, nível educacional, presença de rede de apoio, entre outros.

Diante da complexidade apresentada, observado o princípio da equidade, a atenção à saúde às pessoas com deficiência em situação de rua, requer um cuidado extremamente atento. Deve-se considerar no planejamento da atenção a populações vulnerabilizadas a necessidade de superação de processos de trabalho fragmentados, centrados em procedimentos, em detrimento ao exercício de uma clínica ampliada, a qual envolve integração aos demais saberes multiprofissionais e intersetoriais, compreensão e postura de vigilância dos condicionantes da saúde, além do compromisso ético com os modos singulares de cada pessoa de produzir autonomamente a própria vida.

Assim, o objetivo deste capítulo do Manual é oferecer aos profissionais da RAS e mais especificamente aos profissionais de Saúde Bucal da eCnR orientações para o cuidado odontológico a esta população, promovendo a qualificação da atenção em saúde bucal a partir de estratégias para o manejo humanizado e o cuidado integral, com padrões estabelecidos por evidências científicas.

Para isso, vamos sistematizar o planejamento para o cuidado em saúde bucal desta população utilizando ferramentas que tenham potência de integrar saberes e conhecimentos para a produção de cuidado em saúde.

Considerando que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser coordenadora do cuidado, e parte fundamental da gestão do território vivo, onde o trabalho ocorre, é fundamental discutir quais são as abordagens e os métodos, e como incluir o planejamento das ações na organização rotineira da equipe, com o intuito de potencializar uma programação de ações coerentes com as necessidades locais dos indivíduos e dos coletivos ao mesmo tempo que qualifique o processo de trabalho. O planejamento utilizado como instrumento cotidiano para organização das ações é essencial para atender ao conceito ampliado de saúde, aumentar a capacidade de análise de situações complexas, além de favorecer a busca pela integralidade e pelo modelo de atenção humanizado.

2.1 Planejamento das Ações

Entre as possibilidades de ferramentas disponíveis para o planejamento das ações de cuidado, sugerimos o uso do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual é geralmente indicado para situações complexas e engloba um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, que pode ser direcionado para um indivíduo ou uma coletividade e que estes são parte ativa da construção do projeto considerando seus desejos, afinidades, prazeres e projetos de vida. A elaboração de um PTS compartilhado promove e incentiva a autonomia do sujeito colaborando para uma maior adesão ao tratamento, potencializando o cuidado e a assistência à saúde.

O PTS, inicialmente desenvolvido em espaços da Saúde Mental, visa valorizar a singularidade - a diferença - como elemento central do planejamento e articulação das ações. Vale lembrar que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, PcD etc. Evidentemente, o PTS deve considerar os diagnósticos nas propostas terapêuticas, mas visa tentar superar as restrições que podem provocar. O PTS deve ser produzido em reunião de equipe multiprofissional em modelo de discussão de “caso clínico” onde todas as visões são importantes para ajudar a compreender a situação de cada indivíduo ou coletividade e deve considerar como central a participação do usuário na definição das propostas de ações, tomando como aposta o incremento da autonomia e dos seus potenciais em detrimento da passividade das ações. Visto isso, sugere-se que as ações de saúde bucal, sejam elas preventivas, assistenciais ou reabilitadoras, devem estar contidas dentro de cada PTS. Cabe destacar que o PTS deve ser reavaliado periodicamente e ajustado conforme a necessidade do usuário e/ou familiar.

2.2 Etapas na construção do PTS

2.2.1 Diagnóstico e análise:

Deverá conter uma avaliação ampla que considere a integralidade do sujeito (em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais) e que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos, vulnerabilidade, resiliências e potencialidades dele. Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses,

assim como também o trabalho, a cultura, a família, suas relações sociais e sua rede de apoio. No PTS o sujeito é central, seja ele uma pessoa, uma família ou um território. Portanto, é fundamental considerar as hipóteses que ele tem sobre sua saúde, suas necessidades, e as soluções que já pensou. O nível de participação do sujeito no PTS, ou “adesão” é diretamente proporcional ao nível que este PTS representa seus desejos e atende às suas necessidades diante das suas possibilidades.

2.2.2 Definição de ações e metas

Após realizados os diagnósticos, as equipes que desenvolvem o PTS fazem propostas de curto, médio e longo prazo, quais serão discutidas e negociadas com o usuário em questão e/ou com familiar, responsável ou pessoa próxima. É essencial reconhecer as prioridades que o sujeito elenca (o que é mais relevante e/ou possível) e o que, do ponto de vista da equipe, é mais urgente e/ou viável. É indicado que essa pactuação seja realizada pelo profissional que possua maior vínculo com o sujeito – *profissional de referência* –, pois é um momento de planejamento conjunto e, também, de negociação.

2.2.3 Divisão de responsabilidades:

É importante definir as tarefas de cada um (usuários, familiares, equipe de Atenção Básica e equipe multi) com clareza. O profissional de referência assume o compromisso de ser o principal responsável pela gestão e continuidade no processo de cuidado, fundamental para o acompanhamento contínuo e a articulação das ações do PTS;

2.2.4 Reavaliação:

O PTS deve acompanhar a vida do sujeito e, portanto, estará sempre passível a ser revisto. A reavaliação deve ocorrer em discussões feitas pela equipe com o sujeito/família. Neste momento, discute-se a evolução do caso e se serão feitas correções de rumo, caso sejam necessárias.

2.2.4.1 São objetivos das reavaliações:

- Partilhar na equipe a evolução dos sujeitos acompanhados;
- Dialogar com a equipe e buscar soluções para sujeitos que têm demandas de vida alteradas, como exemplo: mudou-se de bairro, tem outro horário de trabalho ou estudo e não consegue seguir algumas metas pactuadas no seu PTS e, por isso, tem novas demandas em saúde, apresenta dificuldade de concretizar uma ou mais metas de seu PTS ou sujeito avalia que seu PTS não está lhe trazendo os benefícios esperados.

2.2.5 Registro das informações

O planejamento do PTS em equipe pode ser registrado através da ficha CDS de Atividade coletiva - atividade: reunião de equipe, tema para reunião: 05 - discussão de caso/projeto terapêutico singular. Já o registro do PTS em si pode ser feito no prontuário do paciente no item "plano" do SOAP.

A equipe deve construir com o usuário uma forma de registro para que ele, familiares e cuidadores, possam acompanhar o planejamento e desenvolvimento do PTS. Esses registros podem incluir quadro com atividades, atendimentos, pessoas de referência e ações de autocuidado a lembrar em seu cotidiano (por exemplo, cuidados com alimentação, cuidados com ambiente para prevenção de quedas, horários e dias das medicações e etc).

2.3 Atenção à Saúde Bucal

Os profissionais de saúde bucal devem estar preparados para oferecer um tratamento adequado e de qualidade, traçando estratégias para viabilizar o acesso das pessoas em situação de rua, sobretudo das pessoas com deficiência. Neste sentido, as ações e procedimentos de saúde bucal devem ser realizadas no território, em instituições parceiras, em ocupações, na UBS, na Unidade Odontológica Móvel (UOM), aproveitando as oportunidades que houver para o atendimento.

As ações ofertadas em nível da APS devem englobar, sobretudo, ações de promoção da saúde, prevenção das doenças bucais, tratamento e reabilitação. Devem ser executadas em conjunto com a equipe multidisciplinar, abordando a saúde na sua integralidade. É importante que as ações de prevenção busquem estratégias que reduzam ou eliminem as doenças bucais mais prevalentes, como a cárie dentária, a doença periodontal e o câncer de lábio e cavidade bucal.

Considerando o fato de que as pessoas com deficiência podem precisar de apoio para iniciar e dar continuidade ao tratamento odontológico, é importante a participação da rede de apoio, quando houver, além da atenção da equipe para o gerenciamento e continuidade do cuidado.

Uma boa higiene bucal é uma condição fundamental para um bom prognóstico do tratamento, sendo que sua correta realização pela pessoa com deficiência geralmente requer desenvolvimento de habilidades e investimentos em motivação.

Uma das possibilidades de ação é o desenvolvimento de atividades de escovação dental supervisionada, a qual deve ser adaptada à motricidade dos indivíduos e ser capaz de promover autonomia.

Em relação ao uso de fluoretos, recomenda-se a utilização criteriosa, com preferência do uso de veículos de baixa concentração e alta frequência, como dentifrício fluoretado. Contudo, a situação de rua pode produzir restrições ao uso sistemático de dentifrício, e nestes casos, deve-se analisar a utilização de outros meios tais como soluções para bochechos, gel e verniz fluoretados, criteriosamente indicados conforme avaliação do risco de cárie. Devese considerar a atividade e histórico da doença, o nível de acúmulo de

biofilme/ capacidade de remoção e a frequência do consumo de açúcares cariogênicos. Cabe atentar que a dispensação contínua no território de kits de higiene bucal com escova, dentifrício fluoretado e fio dental, além de água para consumo, sempre que o usuário necessitar, são estratégias fundamentais para a manutenção da saúde bucal, no contexto de situação de rua.

Outra dimensão importante da prevenção da saúde bucal são as orientações sobre o consumo consciente de açúcar. O elevado consumo de produtos com alto teor de açúcar adicionado é o principal fator da alta prevalência de cárie dentária. Cabe os profissionais desenvolverem estratégias para a redução do consumo de açúcar e promoção de alimentação o mais saudável possível, considerando as condições de restrição alimentar e nutricional e os pontos de apoio pelos quais a população em situação de rua adquire seus alimentos.

No que diz respeito a dimensão do tratamento odontológico, deve-se adotar o modelo de atenção da Odontologia Minimamente Invasiva, cuja filosofia de trabalho incorpora o conceito de máxima preservação das estruturas dentais sadias. Nesta mudança de paradigma, as alternativas conservadoras são esgotadas antes da indicação de técnicas invasivas, consideradas mais complexas. Considera-se a melhor forma para preservar a saúde bucal e prevenir procedimentos desnecessários, ao adotarmos condutas conservadoras como a remineralização e monitoramento de lesões não-cavidades, o tratamento restaurador atraumático (TRA/ART) e o reparo de restaurações ao invés da sua substituição completa, além da utilização ampla de ionômeros de vidro de alta viscosidade com liberação de flúor. A implantação da abordagem minimamente invasiva implica em envolver seus pacientes no controle da doença, de forma que todo procedimento restaurador seja executado somente em conjunto com medidas preventivas e de educação em saúde oral.

O ART vem a ser um desdobramento da técnica de adequação oral, promovendo a remoção de tecido cariado mais amolecido com instrumentos manuais e mantendo ao máximo a estrutura dentária. A técnica preconiza a utilização do cimento de ionômero de vidro não apenas para o preenchimento de cavidades, como também no selamento de fissuras adjacentes e nos reparos de restaurações com cárie associada ou não.

Em relação à atenção especializada, as necessidades de saúde bucal do usuário quando são direcionadas aos serviços especializados ou hospitalares, sejam tratamentos endodônticos, cirurgias mais complexas ou tratamento oncológico, é de suma importância que a eCnR gerencie o acesso a estes serviços e monitore todas as etapas de cuidado, inclusive articulando a mobilidade do usuário até os locais de atenção.

Considerações Finais

São grandes os desafios para a garantia de atenção integral à saúde bucal das pessoas com deficiência em situação de rua. O trabalho em equipe multiprofissional e a discussão sistemática dos casos estruturados em projetos terapêuticos que promovam o protagonismo do usuário são potenciais indutores da integralidade.

As ações de saúde bucal devem estar orientadas pela lógica da Odontologia Minimamente Invasiva pois promove maiores benefícios em relação a prevenção de agravos e danos em saúde bucal, contribuindo para a redução de procedimentos mais complexos ou mutiladores.

Por fim, é necessário considerar os múltiplos fatores de exposição à riscos de agravos a saúde e as dificuldades de acesso aos direitos que as pessoas com deficiência em situação de rua estão condicionadas. Para tanto, são fundamentais o apoio da equipe para garantir a continuidade ao tratamento odontológico, o gerenciamento para longitudinalidade do cuidado em rede, o estabelecimento de relações intersetoriais e o apoio com relação a mobilidade para acesso aos demais direitos de acordo com o PTS produzido.

3. Saúde Bucal de Pessoas com Deficiência no Sistema Prisional

O Brasil possui mais de 670 mil pessoas presas, ocupando a terceira posição mundial em população carcerária [1]. Essa realidade é agravada pela superlotação, já que a taxa de ocupação dos presídios já chegou a 175%. Em muitos casos, a privação de liberdade ocorre mesmo sem condenação formal, pois cerca de um em cada quatro encarcerados encontra-se em prisão provisória [2 - 5]. Essa expansão do sistema prisional não está apenas relacionada ao aumento da criminalidade, mas também ao uso excessivo do regime fechado e à limitação de medidas alternativas à prisão.

Embora as prisões sejam concebidas como instituições correcionais, voltadas à disciplina e ao controle [6], elas deveriam cumprir também um papel de reabilitação e reinserção social. Na prática, a superlotação e as más condições de infraestrutura resultam em ambientes insalubres, marcados por higiene precária, alimentação inadequada e poucas oportunidades de estudo e trabalho. Nessas condições, os presos passam a maior parte do tempo reclusos em celas superlotadas, submetidos à ociosidade forçada.

Apesar das limitações impostas pelo cárcere, a saúde permanece como um direito fundamental garantido pela Constituição Federal [7]. O princípio da universalidade estabelece que todos os cidadãos, inclusive aqueles privados de liberdade, devem ter acesso aos serviços de saúde. Assim, cabe ao Estado assegurar que os detentos estejam incluídos nesse acesso e tenham condições de receberem cuidados necessários e adequados à sua saúde.

3.1 Pessoas com Deficiência no Cárcere

O Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) referente ao primeiro semestre de 2024, divulgado pela Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN), identificou 9.424 pessoas com deficiência no sistema prisional brasileiro, das quais 39,41% apresentavam deficiência física, 31,57% intelectual, 12,18% múltipla, 11,48% visual e 5,36% auditiva [8-9]. Apesar desses números, há inconsistências regionais que comprometem o diagnóstico da realidade: enquanto estados como Maranhão, Amazonas e Minas Gerais não registraram nenhum preso com deficiência intelectual, a Bahia notificou

83,51% e o Rio Grande do Sul, 70,65% desse grupo, sugerindo falhas na coleta de dados e subnotificação [10-11]. Ademais, condições como o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) sequer são computadas nas estatísticas oficiais.

Os transtornos do neurodesenvolvimento apresentam prevalência muito superior no cárcere em comparação à população geral. Enquanto o TDAH atinge cerca de 2,5% a 3,6% dos adultos em liberdade, em pessoas presas as taxas variam de 22% a 40%, conforme revisões brasileiras recentes que sistematizam dados internacionais [11]. O Transtorno do Espectro Autista (TEA), estimado em aproximadamente 1% da população adulta em geral, alcança prevalências de até 9% entre adultos encarcerados e 15% em jovens privados de liberdade [11,12,13].

A deficiência intelectual, que acomete de 1% a 3% da população geral, aparece em faixas entre 23% e 32% dos detentos, frequentemente associada a delitos violentos [11]. Esses achados nacionais dialogam com revisões internacionais que indicam amplitudes ainda maiores, de 2% a 40% para deficiência intelectual, e corroboram a sobre-representação de distúrbios de aprendizagem, comunicação e da síndrome de Tourette entre pessoas privadas de liberdade [11].

No campo da acessibilidade, em 2024 havia apenas 5.232 vagas adaptadas às normas da NBR 9050/2020 da ABNT*[9], frente a um déficit de 4.192. Isso significa que a maioria das pessoas com deficiência cumpre pena em prédios sem acessibilidade, enfrentando barreiras arquitetônicas, comunicacionais e estruturais que intensificam o sofrimento e dificultam o acesso a cuidados de saúde. Esse cenário configura uma verdadeira “pena dupla”, na qual a deficiência é agravada pela insuficiência de direitos básicos e pela invisibilidade institucional [10].

De acordo com a literatura, pessoas com diagnóstico de TEA e de outras neurodivergências constituem um grupo particularmente vulnerável no sistema prisional. A prevalência varia de 4% a 18% dos detentos, embora com forte subnotificação e diagnósticos tardios, em geral realizados apenas em perícias forenses [12]. Além do risco aumentado de autolesão e condutas disruptivas, esses indivíduos frequentemente

apresentam comorbidades como TDAH, transtornos psíquicos, ansiedade, depressão e abuso de substâncias [12].

O ambiente prisional, marcado por rigidez e hostilidade, exacerba dificuldades de interação social, crises sensoriais e isolamento, favorecendo situações de violência e vitimização, inclusive sexual [13]. Casos relatados no Brasil e no exterior revelam ausência de acompanhamento terapêutico, falhas no acesso a medicamentos e encarceramento em celas comuns, o que agrava ainda mais o sofrimento físico e psíquico.

Ademais, características próprias do TEA, como dificuldades de empatia cognitiva e de compreensão de normas sociais, são muitas vezes interpretadas como frieza ou psicopatia, resultando em sentenças mais severas e desproporcionais [12]. Nesse contexto, especialistas defendem medidas alternativas à prisão, como monitoramento eletrônico, prisão domiciliar e acompanhamento terapêutico, além da formulação de políticas penais inclusivas que contemplem adaptações institucionais, capacitação profissional e protocolos específicos de cuidado às pessoas neurodivergentes em conflito com a lei [13].

3.2 Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)

Em 9 de setembro de 2003, foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), marco fundamental para a inclusão formal da população privada de liberdade no Sistema Único de Saúde (SUS) [14]. O plano previu a atuação de equipes multiprofissionais, compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e auxiliares de consultório dentário, reconhecendo que a saúde no cárcere exige abordagens integradas, contínuas e interdisciplinares. Entre seus objetivos, destacou-se a promoção de ações de prevenção, promoção e recuperação, incluindo a saúde bucal das pessoas encarceradas.

Em 2014, o PNSSP foi atualizado pela criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que reforçou a diretriz de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) instaladas em estabelecimentos penais devem compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS), aproximando o cuidado em prisão daquele oferecido à população em geral [15]. O PNSSP estabeleceu ainda que, para cada 500 internos, deveria existir uma equipe mínima de saúde. A PNAISP, por sua vez, avançou ao

determinar que as demandas não supridas nas unidades prisionais fossem integradas e garantidas pelas demais RAS.

Apesar dos avanços normativos, a efetivação das ações encontra barreiras práticas. Grande parte das prisões está localizada em áreas periféricas ou distantes de centros urbanos, dificultando o acesso a serviços especializados e comprometendo a consolidação de uma atenção integral e equitativa. Nesse contexto, tanto o PNSSP quanto a PNAISP reafirmam a saúde como direito inalienável e universal, vinculando o sistema prisional à agenda de direitos humanos e ao princípio da integralidade no SUS.

3.3 Acesso ao Cuidado Odontológico de Pessoas com Deficiência no Contexto da Privação de Liberdade

A saúde bucal da população encarcerada revela um cenário de grave precariedade, resultado tanto das condições clínicas anteriores à prisão quanto da escassez de serviços especializados dentro das unidades [16]. Estudos apontam que pessoas privadas de liberdade apresentam maior suscetibilidade às doenças cárie e periodontal e lesões bucais, frequentemente agravadas pelo uso contínuo de medicações e de substâncias psicoativas [17,18].

Essas dificuldades se tornam ainda mais evidentes no caso de pessoas com deficiência, cujas limitações físicas, sensoriais ou cognitivas comprometem a execução da higiene bucal diária. A presença de comorbidades, como transtornos mentais, associada ao uso de fármacos que reduzem o fluxo salivar, aumenta significativamente o risco de acúmulo de biofilme, cáries e infecções [16-21]. No ambiente prisional, esse quadro é agravado pela falta de insumos básicos, como escovas e cremes dentais, e pela ausência de programas regulares de promoção da saúde [18,19].

Outro desafio é a comunicação: muitos sintomas não são relatados de forma clara, o que atrasa o diagnóstico e dificulta o início oportuno de tratamentos. Nessas situações, são fundamentais estratégias preventivas e terapêuticas adaptadas, além da capacitação de profissionais para estabelecer vínculo, facilitar a compreensão e promover adesão ao cuidado [20,21].

3.4 Adaptações e Sugestões de Protocolos para o Atendimento Odontológico no Sistema Prisional: Segurança X Particularidades da Pessoa com Deficiência

O atendimento odontológico em ambientes prisionais exige conciliar dois objetivos que frequentemente entram em tensão: a oferta de cuidado clínico qualificado e o cumprimento rigoroso das normas de segurança impostas pelas unidades penais. As restrições relacionadas ao uso de materiais, técnicas e equipamentos impactam diretamente o planejamento terapêutico, sobretudo no caso de pessoas com deficiência, que necessitam de adaptações específicas para garantir acesso equitativo à saúde bucal [23,24].

3.4.1. Capacitação e integração intersetorial

Para que o atendimento seja viável, os profissionais de odontologia precisam de treinamento específico sobre normas de segurança, protocolos legais e manejo de pessoas com deficiência. A atuação articulada com serviços médicos, equipes de assistência social e agentes de segurança é indispensável para garantir cuidado integral e humanizado. Nessas condições, recomenda-se que todo atendimento odontológico seja acompanhado da conferência rigorosa dos instrumentais antes e após seu uso, com registro padronizado que assegure rastreabilidade e previna incidentes [18,23].

3.4.2. Restrições e soluções adaptadas

As limitações mais comuns incluem a proibição do uso de fio dental, a vedação de enxaguatórios contendo álcool,[18] o controle rígido de instrumentais e, em casos extremos, a substituição de escovas de dente convencionais por modelos de segurança que não possuem cabos. Para mitigar esses impactos, o cirurgião-dentista deve lançar mão de alternativas, como escovas interdentais, enxaguatórios sem álcool e técnicas minimamente invasivas que reduzam riscos e aumentem a adesão ao tratamento. Nos casos de deficiência, adaptações comunicacionais (uso de linguagem simples, recursos visuais e estratégias de

Figura 1 - escova de dente adaptada para pessoas privadas de liberdade



Fonte: <https://mendessilva.ind.br/escova-dental-detentos/>

manejo comportamental) são fundamentais para promover compreensão e cooperação (Figura 1).

3.4.3 Protocolos Oficiais de atendimento

As diretrizes do sistema penitenciário federal estabelecem parâmetros básicos para a atenção odontológica. A primeira consulta deve ocorrer até 20 dias após a admissão do interno, o plano de tratamento deve ser informado com transparência, considerando as limitações do cárcere, os registros clínicos precisam ser detalhados e compartilhados com a equipe multiprofissional e os atendimentos emergenciais devem ser priorizados, sem desconsiderar ações preventivas e reabilitadoras [23].

O manejo dos materiais continua sendo um eixo sensível do atendimento. A administração penitenciária deve assegurar que escovas e produtos de higiene sigam normas de segurança, sem comprometer sua eficácia. O uso de fio dental e de outros insumos permanece sujeito à autorização de cada unidade, de acordo com critérios técnicos. No Distrito Federal, por exemplo, há protocolos específicos da SEAPE-DF que regulamentam o fornecimento desses itens, mas ainda existem dificuldades práticas para sua plena implementação [21,22].

3.4.4 Inclusão e atenção às pessoas com deficiência

A garantia de um atendimento odontológico inclusivo no sistema prisional requer medidas estruturadas: identificação precoce da deficiência no ingresso; avaliação multiprofissional das necessidades odontológicas; encaminhamento ao atendimento especializado quando necessário; adaptação do espaço físico e das condutas clínicas; registros contínuos de saúde bucal; e capacitação da equipe de saúde para práticas humanizadas e adaptadas.

3.4.5 Capacitação e integração intersetorial

Os profissionais da odontologia devem receber treinamento específico sobre as normas e particularidades do atendimento prisional, incluindo aspectos legais, segurança, e manejo de pessoas com deficiência. A articulação com serviços médicos, assistência social e equipe de segurança é fundamental para o êxito do atendimento, promovendo um cuidado integral, humanizado e eficiente [24].

A complexidade do ambiente prisional impõe desafios únicos à prestação de cuidados odontológicos, especialmente para indivíduos com deficiência. Para fornecer um panorama claro das restrições específicas encontradas nesse contexto, dos impactos clínicos que elas geram e das alternativas viáveis que podem ser implementadas para um atendimento adaptado e eficiente, a **Tabela 2** apresenta um resumo detalhado a seguir.

Tabela 2 – Restrições do sistema prisional, impactos clínicos e alternativas viáveis no atendimento odontológico de pessoas privadas de liberdade.

Restrição do sistema prisional	Impacto no atendimento odontológico	Alternativa / Adaptação viável
Proibição ou limitação do uso de fio dental	Higienização interdental prejudicada → maior risco de cáries e doença periodontal	Escovas interdentais (quando autorizadas); técnicas alternativas de higiene
Vedação de enxaguatórios com álcool	Redução dos recursos disponíveis	Enxaguatórios sem álcool com autorização
Controle rigoroso de materiais	Risco de extravio e limitação de procedimentos	Conferência de uso; priorização de materiais seguros

Restrição do sistema prisional	Impacto no atendimento odontológico	Alternativa / Adaptação viável
Escova com cabo fixo	Dificuldade de higienização adequada	Escovas de segurança; uso supervisionado
Restrições de deslocamento	Baixa resolutividade e acesso limitado	Atendimento intramuros; técnicas minimamente invasivas
Barreiras de comunicação	Baixa adesão ao tratamento	Comunicação adaptada (linguagem simples, pictogramas, Libras)
Limitações do espaço físico	Restrição à mobilidade e conforto	Ajustes de cadeira/maca; reorganização do espaço

Fonte: Elaboração própria (2025), com base em [18 – 24]

3.5 Desafios e Perspectivas para a Atenção Odontológica de Pessoas com Deficiência no Sistema Prisional

A análise da saúde bucal de pessoas com deficiência no sistema prisional revela que a experiência do encarceramento vai além da privação da liberdade: ela se associa a barreiras estruturais, comunicacionais e atitudinais que ampliam vulnerabilidades já existentes. A prisão aparece como espaço marcado pela disciplina e pela vigilância [6], no qual a segurança assume prioridade, relegando o cuidado integral em saúde a uma posição secundária.

Nesse contexto, a ausência de espaços acessíveis, de profissionais capacitados e de protocolos adaptados compromete a possibilidade de reabilitação e ressocialização. Em vez de promover autonomia e dignidade, o sistema prisional reproduz desigualdades e reforça a exclusão. Pessoas com deficiência acabam submetidas a uma verdadeira “pena dupla”: além da restrição de liberdade, enfrentam obstáculos que limitam seu direito constitucional à saúde, mesmo diante das garantias previstas pelo PNSSP e pela PNAISP [8,16].

As perspectivas futuras exigem um compromisso efetivo com a humanização do cuidado, a redução das desigualdades e a garantia de direitos fundamentais. Isso implica

transformar a prisão em espaço propício à implementação de estratégias de atenção odontológica preventiva e individualizada, ao desenvolvimento de ações de educação em saúde bucal adaptadas às necessidades específicas e à integração de equipes multiprofissionais, assegurando o acesso a serviços especializados mesmo em unidades remotas.

Por fim, é indispensável questionar a lógica disciplinar que estrutura o sistema prisional e avaliar como os mecanismos de controle influenciam a efetividade das políticas de saúde. Promover condições de bem-estar físico e mental não é apenas um dever legal, mas um passo essencial para a reintegração social, na medida em que o cuidado se torna ferramenta de dignidade e de reconstrução de trajetórias.

4. Pacientes com Necessidades Especiais em Odontologia e Pessoas com Deficiência: Distinções Conceituais e Implicações para o Cuidado em Saúde Bucal

A Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE), reconhecida internacionalmente como Special Care Dentistry (SCD), constitui uma especialidade voltada para o cuidado de indivíduos que, por diferentes condições, demandam adaptações clínicas, comunicacionais e organizacionais para a realização de procedimentos odontológicos. A compreensão desse campo exige clareza conceitual: nem toda pessoa com necessidades especiais em odontologia é uma pessoa com deficiência, e nem toda pessoa com deficiência requer atenção odontológica especializada.

A distinção entre esses conceitos tem implicações diretas na formulação de políticas públicas, na organização dos serviços de saúde bucal e na formação de recursos humanos. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) define deficiência como todo impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial que, em interação com barreiras, possa obstruir a participação plena e efetiva da pessoa na sociedade em igualdade de condições com as demais (Brasil, 2015). Essa definição se ancora na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF/OMS), que adota uma perspectiva biopsicossocial. Contudo, a condição de “necessidade especial em odontologia” não coincide necessariamente com essa definição.

A American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) amplia o entendimento de pacientes com necessidades especiais em saúde (Special Health Care Needs, SHCN), incluindo qualquer condição física, do desenvolvimento, mental, sensorial, comportamental, cognitiva ou emocional — seja permanente, adquirida ou temporária — que requeira manejo clínico diferenciado, intervenções de saúde ou uso de serviços especializados (Espinoza, 2022; AAPD, 2023). Dessa forma, indivíduos em tratamento quimioterápico, usuários de anticoagulantes, pessoas com ansiedade severa ao atendimento odontológico ou pacientes hospitalizados em condição aguda podem ser enquadrados como, pois, essa terminologia está em desuso, melhor seria paciente com necessidades especiais em odontologia, sem que configurem deficiência no sentido legal e social do termo.

Por isso, o escopo da OPNE é mais amplo e dinâmico, pautando-se nas demandas clínicas do paciente e não apenas na existência de uma deficiência formalmente reconhecida.

Essa diferença conceitual se torna ainda mais clara ao analisarmos os determinantes do cuidado. A literatura aponta que as necessidades especiais emergem a partir de fatores múltiplos, como a dificuldade de cooperação, a comunicação limitada, a necessidade de uso de sedação ou anestesia geral, a presença de risco médico aumentado ou a dependência de cuidadores (Zarb et al., 2023; FDI, 2025). Nem todos esses fatores estão presentes em pessoas com deficiência, e, inversamente, nem toda Pessoa com deficiência apresenta essas barreiras quando se encontra em ambiente acessível, com equipe capacitada e protocolos de acolhimento adequados (WHO, 2022; WHO, 2024).

Internacionalmente, a FDI World Dental Federation publicou em 2025 uma política de referência para a OPNE, destacando que a população assistida inclui tanto pessoas com deficiência quanto indivíduos em condições médicas ou sociais que dificultem o acesso ou a realização de cuidados odontológicos de rotina (FDI, 2025). A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Global Oral Health Status Report (2022) e na Estratégia Global de Saúde Bucal 2023–2030, também reconhece que pacientes com necessidades especiais compõem um grupo prioritário de atenção, cuja inclusão requer integração das políticas de saúde bucal com as redes de atenção, a cobertura universal de saúde e a redução das desigualdades sociais (WHO, 2022; WHO, 2024).

No Brasil, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) reconhece a OPNE como especialidade desde 2001, definindo-a como a área voltada para o atendimento de pacientes que apresentem “complexidade biopsicossocial, transdisciplinar e interdisciplinar”, reforçando a amplitude do conceito para além da deficiência (CFO, 2001). Na Rede de Atenção à Saúde Bucal do SUS, o cuidado em saúde bucal para pacientes com necessidades especiais é organizado principalmente nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que funcionam como referência para os casos que exigem maior tempo clínico, sedação consciente ou anestesia geral (Brasil, 2012).

A literatura científica recente tem reforçado essa diferenciação. Revisões sistemáticas demonstram que condições médicas complexas (como cardiopatias, imunossupressão, epilepsia de difícil controle), transtornos de comportamento, limitações comunicacionais ou ansiedade extrema ao tratamento são causas frequentes de

encaminhamento para OPNE, mesmo na ausência de uma deficiência reconhecida (Agarwal et al., 2024; Espinoza, 2022). Ao mesmo tempo, há evidências de que pessoas com deficiência podem não necessitar de OPNE quando recebem atenção em serviços acessíveis e inclusivos.

Assim, o conceito de necessidades especiais em odontologia deve ser entendido como um espectro clínico-operacional, pautado pelas adaptações requeridas para garantir a segurança, a eficácia e a integralidade do cuidado. A deficiência, por sua vez, é uma categoria biopsicossocial e jurídica que pode ou não implicar necessidades odontológicas especiais. Reconhecer essa distinção evita a medicalização excessiva da deficiência, promove o uso racional dos serviços especializados e reforça a importância da acessibilidade universal na atenção básica em saúde bucal.

5. Da garantia de direitos à inclusão social: políticas, redes de atenção e combate ao capacitismo

5.1 Direitos da pessoa com deficiência

O direito à saúde constitui um dos fundamentos do ordenamento jurídico brasileiro e se configura como direito social universal, previsto no artigo 6º da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). O artigo 196 da mesma Carta estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Esse direito, todavia, não se realiza de maneira uniforme para todas as populações.

Entre os grupos que enfrentam maiores barreiras de acesso estão as pessoas com deficiência (PcD), cujas necessidades específicas demandam adaptações físicas, comunicacionais, técnicas e atitudinais por parte dos serviços de saúde (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009; CLEMENTE et al. 2022).

No plano internacional, um marco decisivo foi a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006), ratificada pelo Brasil com status de emenda constitucional em 2008 (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009). O tratado estabelece o direito das PcD ao mais alto padrão possível de saúde, sem discriminação, e impõe aos Estados signatários a obrigação de remover barreiras e garantir serviços de saúde de mesma qualidade e acessibilidade para as demais pessoas.

No Brasil, o direito à saúde é constitucionalmente garantido pelo Estado (art. 6º e art. 196 da Constituição Federal de 1988). Entretanto, a concretização deste direito para populações vulneráveis — como as pessoas com deficiência — enfrenta obstáculos práticos de acesso, adaptação e continuidade do cuidado. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 13.146/2015) inscreve direitos específicos e obrigações ao Estado para promoção da acessibilidade e igualdade (BRASIL, 2015).

Na saúde bucal, tais direitos ganham relevância particular, pois esta se configura como componente indissociável da saúde integral, influenciando funções fisiológicas básicas — mastigação, deglutição e fala — e repercute diretamente na saúde sistêmica, autoestima, inserção social e qualidade de vida (NARVAI; FRAZÃO, 2012; RIBEIRO; MOURA, 2025). Para PcD, as demandas em saúde bucal ultrapassam as necessidades comuns, exigindo fluxos assistenciais diferenciados, qualificação profissional e integração multiprofissional (MOIMAZ et al., 2015, FERREIRA; RIBEIRO; PRESTES, 2024).

Mais recentemente, os instrumentos normativos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) — institucionais no âmbito do SUS por meio da Portaria GM/MS n.º 1.526/2023 — criam um marco programático para organizar serviços de saúde para PcD (BRASIL, 2023).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 consagra a saúde como direito social e dever do Estado (art. 6º e art. 196). A dignidade da pessoa humana constitui-

se como fundamento do Estado Democrático de Direito (art. 1º, inciso III), e a isonomia como princípio (art. 5º). Tais dispositivos fundamentam reivindicações de inclusão e eliminação de barreiras para grupos historicamente vulnerabilizados, como as pessoas com deficiência (BRASIL, 1988).

A universalidade e integralidade do SUS implicam que o sistema público de saúde deve atender a todas as pessoas, sem discriminação, garantindo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Para efetivação desse princípio no caso da PcD, torna-se imprescindível a adaptação dos serviços públicos de saúde, incluindo os de atenção odontológica (BRASIL, 2019).

A Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Assembleia Geral em 2006 e ratificada pelo Brasil em 2008, representa um divisor de águas no campo dos direitos humanos. O Decreto Legislativo nº 186/2008 aprovou seu texto e, em 2009, o Decreto nº 6.949 a promulgou no ordenamento jurídico nacional com equivalência constitucional (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2009).

Entre os dispositivos mais relevantes está o artigo 25, que assegura às PcD o direito de usufruir de serviços de saúde da mesma gama e qualidade que os demais cidadãos, impondo ainda ao Estado o dever de ofertar serviços específicos, capacitar profissionais e remover barreiras de acesso.

5.2 A Lei Brasileira de Inclusão (LBI) - Lei n.º 13.146/2015

A Lei Brasileira de Inclusão (LBI) é o marco legal mais recente e robusto para os direitos da pessoa com deficiência no Brasil. Ela incorpora elementos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU. Entre seus dispositivos mais relevantes:

- Art. 2º define deficiência como “resultado da interação entre pessoas com impedimento e as barreiras estruturais e atitudinais que impedem sua participação plena e efetiva em igualdade de condições com as demais pessoas”.
- Art. 3º estabelece princípios norteadores, como dignidade, igualdade de oportunidades, acessibilidade, participação plena e efetiva e respeito à diferença.
- Art. 4º trata da acessibilidade, impondo ao Estado e à sociedade o dever de remover barreiras nos diversos ambientes, inclusive no atendimento em serviços públicos.
- Art. 18º garante que a pessoa com deficiência tem direito à atenção integral à saúde, com acesso universal e igualitário dentro do SUS, incluindo exame, diagnóstico e tratamentos (BRASIL, 2015).
- Art. 28º assegura o direito à saúde da pessoa com deficiência, com acesso aos serviços públicos e privados em igualdade de oportunidade.
- A LBI também exige capacitação de profissionais de saúde (parágrafo 3º do art. 18) e atendimento conforme normas éticas e técnicas que considerem especificidades da PcD (parágrafo 2º do art. 18).

Além da LBI, outras normativas também estabelecem obrigações e diretrizes no campo da saúde da pessoa com deficiência:

- Decreto n.º 3.298/1999: institui a Política Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência e prevê mecanismos de garantia de direitos (BRASIL, 1999).
- Decreto n.º 5.296/2004: regulamenta a acessibilidade em edificações, mobiliário, comunicação e atendimento público, aplicável a unidades de saúde (BRASIL, 2004).
- Portarias do Ministério da Saúde que integram procedimentos odontológicos adaptados ao SUS, bem como normativas relativas à habilitação de serviços especializados.
- Portaria GM/MS nº 793/2010: institui a Rede de Cuidados à PcD (BRASIL, 2010).
- Lei nº 14.572/2023: consolida a saúde bucal como política de Estado no SUS. Em 2023, com a sanção da Lei n.º 14.572, a Saúde Bucal foi incluída como política de Estado dentro da Lei Orgânica da Saúde, fortalecendo sua institucionalização e continuidade institucional no SUS (BRASIL, 2023).

Esses dispositivos formam o fundamento legal que legitima demandas de adaptações nos serviços de saúde, inclusive odontológicos, para que a PcD seja atendida com dignidade e segurança. Esse conjunto de normas sustenta juridicamente a exigência de um atendimento odontológico inclusivo e integral no Brasil.

Dessa forma, o ordenamento jurídico brasileiro oferece suporte normativo à exigência de atendimento odontológico inclusivo, mas a efetivação dependerá da articulação entre normas, políticas e práticas nas instâncias do SUS (RIBEIRO; MOURA, 2025).

5.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) foi instituída pela Portaria GM/MS n.º 1.526, de 11 de outubro de 2023, que altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para estabelecer diretrizes para a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência no âmbito do SUS (BRASIL, 2023).

A PNAISPD visa garantir o acesso e cuidado integral à saúde no SUS, promovendo autonomia, qualidade de vida e inclusão social para pessoas com deficiência em todas as fases da vida. Atualizada pela Portaria GM/MS nº 1.526/2023, a política foca na organização de redes de atenção à saúde, na formação de profissionais, na articulação intersetorial e na participação social, atuando na promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação, além de remover barreiras atitudinais e arquitetônicas (BRASIL, 2023).

Os eixos estratégicos da PNAISPD envolvem:

1. Promoção da saúde, prevenção de agravos e qualidade de vida, ao longo dos ciclos de vida;
2. Organização de ações e serviços em rede, integrando atenção básica, especializada e reabilitação;

3. Educação permanente e formação profissional com enfoque biopsicossocial;
4. Articulação intersetorial (saúde, assistência social, educação, transporte etc.);
5. Pesquisa, produção do conhecimento e sistemas de informação;
6. Participação social e controle social nos processos de formulação e avaliação.

No contexto da saúde bucal, a PNAISPD exige que os serviços odontológicos sejam considerados dentro da rede de atenção e adaptados para atender as pessoas com deficiência com integralidade e continuidade.

5.4 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) foi originalmente instituída pela Portaria nº 793, de 24/04/12, do Ministério da Saúde, consolidada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 e posteriormente atualizada na Portaria GM/MS nº 1.526/2023 (Brasil, 2023). A criação da rede também está relacionada à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e ao Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite, instituído pelo Decreto nº 7.612, de novembro de 2011 (BRASIL, 2011).

A proposta da RCPD é estruturar uma rede articulada de serviços para PcD, com ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, habilitação, reabilitação e, quando necessário, cuidado paliativo. A RCPD articula-se com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) regionais. A RCPD organiza-se de forma integrada com os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência (BRASIL, 2017).

Os componentes centrais da RCPD são:

- Atenção Básica (base da rede);
- Atenção Especializada e Ambulatorial;
- Centros Especializados em Reabilitação (CER);
- Oficinas Ortopédicas;
- Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com credenciamento especial;
- Projeto Terapêutico Singular (PTS) multidisciplinar e matricial;
- Transporte adaptado e tecnologia assistiva (órteses, próteses, materiais especiais).

A RCPD é um conjunto articulado de serviços e ações de saúde voltado para garantir o cuidado integral à pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS) em Redes de Atenção à Saúde (RAS) de acordo com o Planejamento Regional Integrado. Essa rede busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento, desde ações de prevenção e identificação precoce até reabilitação e atenção hospitalar. A RCPD foi estruturada para garantir o acesso integral com os seguintes objetivos:

- Cuidado integral: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação;
- Identificação precoce: detectar agravos que possam gerar limitações a longo prazo;
- Ações de habilitação e reabilitação: foco na autonomia e inclusão social;
- Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM): ampliar e qualificar do acesso;
- Ações intersetoriais: articulação de ações entre serviços de saúde e com os diversos equipamentos sociais;
- Educação permanente: formação, qualificação e capacitação permanente de profissionais de saúde;
- Monitoramento e avaliação: ferramentas para qualificar os serviços da RCPD;
- Enfrentamento do capacitismo: combate ao preconceito e promoção da cultura de paz.

A RCPD também garante o atendimento odontológico qualificado para pessoas com deficiência. No âmbito da saúde bucal, a Rede se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todas as pessoas com deficiência, com foco na atenção primária e, quando necessário, em centros especializados ou hospitais. Todo atendimento a esse público deve ser iniciado na Atenção Primária, e apenas os casos mais complexos devem ser encaminhados/referenciados para serem atendidos nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ou para terem atendimento hospitalar. Nesse sentido, a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Origem PRT GM/MS 1.341/2012), criou incentivos adicionais para os CEO que aderirem à RCPD (BRASIL, 2017).

5.4.1 Interface entre a PNAISPD, a RCPD e a Saúde Bucal

Uma vez que a PNAISPD e a RCPD são políticas gerais para a saúde da PcD, a atenção à saúde bucal deve estar inserida nos seus fluxos e componentes. Este Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência, publicado pelo Ministério da Saúde, funciona como instrumento orientador para profissionais da Rede de Atenção à Saúde Bucal (Rasb), considerando a lógica da integralidade, segurança, humanização e adaptabilidade do atendimento.

Este guia aborda:

- Métodos de comunicação alternativa e adaptada com pessoas com deficiência intelectual ou sensorial;
- Avaliação prévia e preparo comportamental do usuário e da equipe;
- Estratégias de manejo comportamental, sedação leve quando necessário;
- Adaptações técnicas dos instrumentos, mobiliário e equipamentos odontológicos;
- Planejamento do cuidado com continuidade entre níveis de atenção;
- Atendimento seguro e qualificado em serviços credenciados à RCPD, especialmente nos CEO.

A integração da saúde bucal à RCPD implica que o fluxo de usuários com deficiência seja mapeado e articulado entre APS, CEO e CER, de modo que o cuidado bucal não seja

fragmentado, mas parte do projeto terapêutico singular da pessoa com deficiência. Assim, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito de saúde bucal, integra as ações postas nas dez Diretrizes da Lei de Saúde Bucal, especialmente no que diz respeito à garantia da equidade à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2023).

A Lei da Saúde Bucal no SUS n.º 14.572/23, sancionada em 8 de maio de 2023, estabelece em seu artigo 2º dez diretrizes para a saúde bucal, com as responsabilidades compartilhadas entre os entes federativos. São elas:

- I. Estimular e promover a prática da gestão participativa na formulação e na discussão de estratégias de saúde bucal em todas as esferas de governo, assegurando a atuação de representações populares e o controle público ou social.
- II. Assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde.
- III. Possibilitar o acesso universal, equânime e contínuo a serviços de saúde bucal de qualidade, dando resolução para toda demanda manifesta, espontânea ou programada, e viabilizar a obtenção e alocação dos recursos destinados à eliminação da demanda reprimida na área.
- IV. Desenvolver ações considerando o princípio da integralidade em saúde, o qual deve compreender tanto as ações do âmbito intersetorial quanto às dimensões do indivíduo, do sistema de saúde e do cuidado em saúde, garantindo-se o acolhimento e a organização do serviço de saúde de forma usuário-centrado, realizados por equipe multiprofissional nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar.
- V. Efetivar relações de vínculo entre a equipe de Saúde Bucal e a população adstrita e garantir que as ações desenvolvidas estejam direcionadas às diferentes linhas do cuidado em saúde.
- VI. Desenvolver política de educação permanente em saúde para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação em nível técnico, de graduação e de pós-graduação, de modo a atender às necessidades da população e aos princípios do SUS.
- VII. Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e de programação.
- VIII. Organizar e manter ações de vigilância epidemiológica e sanitária em saúde bucal, articuladas com o sistema de vigilância em saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e de acompanhamento de danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, com atuação intersetorial e ações sobre o território.
- IX. Realizar, periodicamente, pesquisas nacionais de saúde bucal, notadamente inquéritos populacionais epidemiológicos, possibilitando ao país dispor de dados atualizados sobre essa área e promover o desenvolvimento da ciência e tecnologia nesse campo.

- X. Implantar e manter ações de vigilância sanitária da fluoretação das águas de abastecimento público, obrigatória nos termos da Lei n.º 6.050, de 24 de maio de 1974, bem como ações complementares nos locais em que se fizerem necessárias, e assegurar ao poder público controle sobre essas ações.

A Lei de Saúde Bucal estabeleceu a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no Sistema Único de Saúde, formalizando o compromisso do SUS com a saúde bucal e atualizando a Lei nº 8.080/90. A interface entre a lei e a política é direta: a lei cria e legitima a política, definindo o acesso universal e integral aos serviços odontológicos em todos os níveis de atenção. A PNSB, por sua vez, operacionaliza essa diretriz através do programa Brasil Sorridente, que organiza ações, serviços e recursos para a saúde bucal em todo o país.

A PNSB visa organizar a saúde bucal no âmbito do SUS, assumindo o compromisso de qualificar a RSB por meio da educação permanente para as equipes e do incentivo à resolução dos problemas dos usuários, dando suporte à atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais, na perspectiva da universalidade, integralidade e equidade da atenção (PUCCA JÚNIOR, 2006; BRASIL, 2023).

No âmbito intersetorial, a PNSB apresenta interface com outras ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), instituída por meio da Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002 (BRASIL 2010), e republicada no Anexo XIII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017).

A PNAISPD é voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do SUS e se caracteriza por reconhecer a necessidade de implementar respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil. Propõe também estratégias visando à atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, assegurando acesso às ações básicas e de maior complexidade, à reabilitação e aos demais procedimentos que se fizerem necessários e ao recebimento de tecnologias assistivas (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é um arranjo organizativo do SUS, estabelecido para superar a fragmentação do cuidado, garantir a integralidade da atenção e otimizar os recursos disponíveis. Ela é composta por ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que se articulam em níveis de atenção primária, especializada, hospitalar e de urgência e emergência, organizados de forma regionalizada e hierarquizada (MENDES, 2011).

5.5 Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB)

A Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), instituída pela Portaria GM/MS nº 6.213, de

19 de dezembro de 2024, é um dos componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Ela tem como objetivo garantir o cuidado odontológico integral, articulado e contínuo, superando a fragmentação da assistência. Está inserida na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – conhecida como Brasil Sorridente, instituída em

2004, e foi reforçada posteriormente pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) (Portaria nº 793/2010) e pela Lei nº 14.572/2023.

A RASB é composta por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde bucal, articulando os diferentes pontos de atenção (atenção básica, especializada e hospitalar), com a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial, e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb) e os serviços hospitalares como níveis de maior complexidade.

A RASB é organizada em pontos de atenção à saúde interligados, que atuam em níveis crescentes de complexidade:

5.5.1 Atenção Primária à Saúde (APS): equipes de Saúde Bucal (eSB) nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM), responsáveis pelo cuidado longitudinal, prevenção, educação em saúde e tratamento básico.

- Porta de entrada do usuário no SUS.
- Realizada principalmente nas equipes de Saúde Bucal (eSB) vinculadas à equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP).
- Ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento básico e encaminhamento quando necessário.

5.5.2 Atenção Secundária (Especializada):

1. Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que oferecem tratamento endodôntico, periodontia especializada, cirurgia oral menor, diagnóstico de câncer bucal e atendimento a pessoas com deficiência.

- Executada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).
- Oferecem atendimentos especializados como periodontia, endodontia, cirurgia oral menor, diagnóstico de câncer bucal, atendimento a PcD e ortodontia preventiva.
- Funcionam mediante referência e contrarreferência da APS.

2. Serviços de Especialidade em Saúde Bucal (Sesb): permitem a oferta cuidado especializado em municípios com até 30.000 habitantes, com cobertura de saúde bucal acima de 75% e que não apresentam CEO habilitado.

- O serviço deve ofertar no mínimo duas especialidades, que podem ser escolhidas de acordo com as necessidades epidemiológicas do território.

3. Ponto de apoio: Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD): estabelecimento responsável por realizar a fase laboratorial de próteses dentárias para usuários atendidos na APS (pelas eSB) ou na Atenção Secundária (nos CEO ou Sesb).

5.2.3 Atenção Terciária (Alta complexidade / Hospitalar): Serviços odontológicos hospitalares, incluindo atendimento em centro cirúrgico, pronto-socorro e em pacientes com necessidades especiais em ambiente hospitalar.

- Estruturada com Serviços de Odontologia Hospitalar (Portarias nº 718/2010 e nº 1.032/2010).
- Garante atendimento a pacientes em regime hospitalar e cirurgias complexas, incluindo pessoas com deficiência e em condições de vulnerabilidade clínica.

5.2.4 Apoio logístico e matricial: Sistemas de referência e contrarreferência, protocolos de regulação e integração com outras áreas da saúde.

O funcionamento da Rede de Atenção à Saúde Bucal se dá por meio de:

- Integração entre níveis de atenção: APS, CEO, Sesb, LRPD e serviços hospitalares articulados em rede.
- Mecanismo de referência e contrarreferência, que assegura a continuidade do cuidado.
- Incentivos financeiros federais, que regulamentam custeio e expansão das equipes de Saúde Bucal, UOM e dos CEO, Sesb e LRPD.
- Diretrizes de equidade, que priorizam populações vulneráveis (PcD, indígenas, população em situação de rua etc.).

O cuidado é iniciado na Atenção Primária, que coordena e organiza os fluxos. Casos que demandam maior complexidade são referenciados para os CEO, Sesb ou serviços hospitalares. O processo deve ser articulado por meio da lógica de Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo que a saúde bucal não seja isolada, mas parte do cuidado integral do usuário. Desse modo, a organização da RAS deve ser orientada em fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de Saúde Bucal (eSB), abrangendo a articulação entre todos os níveis de atenção e a interface entre as políticas de saúde, com o objetivo de garantir tanto a integralidade do cuidado quanto o fortalecimento da autonomia do usuário (BRASIL, 2019; BRASIL, 2023).

6. Enfrentamento ao Capacitismo

O capacitismo refere-se à interpretação que se faz sobre as pessoas com deficiência, partindo do pressuposto de que sua condição corporal as torna, de forma natural, menos capazes (Vendramim, 2019). Quando internalizado, esse preconceito evidencia a dificuldade social de refletir sobre a diferença, resultando na percepção de pessoas com deficiência como menos humanas (Dias, 2023).

Os conceitos “capacitismo”, “incapacitismo” e “deficientismo”, derivados respectivamente dos termos em inglês *ableism*, *handicapism* e *disablism*, têm origem em um período em que a sociedade se referia às pessoas com deficiência como “inválidos”, “incapacitados” ou “incapazes” e às pessoas sem deficiência como “normais” ou “capacitadas”. A partir de 1976, com a designação do Ano Internacional das Pessoas Deficientes pela Assembleia Geral da ONU, consolidou-se o uso da palavra “pessoas” antes de “deficientes” e “normais”, evoluindo posteriormente para “pessoas com deficiência” e “pessoas sem deficiência” (Sassaki, 2020).

Os termos originais foram construídos a partir das palavras “able” (capaz), “handicapped” (incapacitado) e “disabled” (deficiente), acrescidas do sufixo “-ism”, que denota doutrina, sistema ou tendência com conotação pejorativa. Embora compartilhem o significado geral de “discriminação ou conjunto de crenças negativas contra pessoas com deficiência”, diferenciam-se pelo foco da discriminação: o capacitismo enfatiza as supostas capacidades das pessoas sem deficiência como parâmetro para evidenciar as limitações das pessoas com deficiência; já o incapacitismo e o deficientismo destacam as supostas limitações das pessoas com deficiência como contraponto às capacidades das pessoas sem deficiência (Sassaki, 2020). Essas formas de preconceito manifestam-se em atitudes vinculadas ao modelo médico da deficiência, ao paradigma da integração e ao uso de termos considerados politicamente corretos.

A perspectiva biomédica entende a deficiência como um problema individual, derivado de um defeito corporal que gera limitações e é classificada como impedimento físico. Essa visão dialoga diretamente com o capacitismo, por reforçar estereótipos, percepções de inferioridade e a ideia de que pessoas com deficiência são incapazes ou necessitam de constantes ajustes (Martins, 2020). Nesse contexto, surgem barreiras

atitudinais, culturais e simbólicas, de difícil identificação e superação, que se somam às limitações físicas e ampliam o impacto da discriminação.

No campo da saúde, essas barreiras se manifestam em atitudes preconceituosas e desrespeitosas por parte de profissionais, que desvalorizam a autonomia e o conhecimento das pessoas com deficiência, gerando constrangimentos e desencorajando a busca por cuidados (Geraldo; Andrade, 2022). Tais práticas são agravadas por lacunas na formação profissional e pela insuficiência estrutural dos serviços, resultando em atendimentos que raramente respondem de forma integral às demandas dessa população (Silva *et al.*, 2024).

Essas dinâmicas tornam-se ainda mais críticas em temas como sexualidade e parentalidade, onde preconceitos acumulados pelo capacitismo e pelo machismo restringem direitos, limitam o acesso à educação sexual e desconsideram a autonomia, sobretudo de mulheres com deficiência (Luzia *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2024). A falta de apoio às habilidades parentais e a perpetuação de estereótipos reforçam a exclusão e invisibilizam desejos e capacidades.

Na tirinha da ilustradora e quadrinista Milene Correia (Figura 1), o capacitismo é retratado de forma bem-humorada ao mostrar uma personagem empurrando a cadeira de rodas da amiga sem que esta tenha solicitado. A situação, embora pareça um gesto de “ajuda”, revela uma atitude invasiva e desrespeitosa à autonomia da pessoa com deficiência, reforçando que ações não solicitadas, mesmo sob a justificativa de empatia, podem se configurar como violação de direitos e de espaço pessoal.

Figura 1. Tirinha “Ajuda ou Invasão?”, de Milene Correia (@Meenhas Aventuras).



Fonte: Correia, 2025.

Muitas vezes, o capacitismo se manifesta de forma sutil e quase imperceptível, sustentado por um senso comum que associa automaticamente a pessoa com deficiência a

estigmas socialmente construídos e naturalizados. Por serem reproduzidas no cotidiano, essas atitudes raramente são percebidas ou questionadas (Vendramim, 2019). No entanto, quando o capacitismo se apresenta de maneira explícita, evidencia o quanto esse preconceito segue enraizado e socialmente aceito.

A tirinha “Ajuda ou Invasão?” (Figura 1), de Milene Correia (2025), ilustra esse aspecto ao representar uma situação de “ajuda” não solicitada, revelando a invasão da autonomia da pessoa com deficiência e a normalização de condutas que reforçam a desigualdade. A recorrência dessas experiências, em diferentes graus, compõe parte significativa da vivência de muitas pessoas com deficiência e convida à reflexão sobre como lidamos com tais práticas e o que elas revelam sobre a estrutura social que as mantém.

A Lei Brasileira de Inclusão tipifica como crime a prática, a indução ou a incitação à discriminação por motivo de deficiência, com pena de reclusão de 1 a 3 anos e multa (Brasil, 2015). Porém, o capacitismo não se reduz aos atos puníveis: constitui uma forma de opressão que reduz a pessoa à ideia de incapacidade, baseada na crença de que corpos ou mentes fora do padrão não são aptos para certas atividades, naturalizando exclusões e restringindo participação, autonomia e acesso a direitos (Lage *et al.*, 2023).

Reconhecer essa dupla dimensão, a expressão penalizável e a reprodução cotidiana de pressupostos desqualificadores, aponta para a necessidade de medidas que integrem resposta normativa, formação profissional, alterações institucionais e práticas cotidianas, de modo a transformar ambientes e relações em espaços verdadeiramente inclusivos (Brasil, 2015; Lage *et al.*, 2023).

6.1. O capacitismo na área de saúde e na odontologia

A proporção de pessoas com deficiência na atualidade é cada vez mais alta. Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mais de 8,5% da população brasileira com mais de dois anos de idade possui algum tipo de deficiência (IBGE, 2022; Gomes, 2023). Apesar desses números expressivos, grande parte desse grupo permanece desassistida por políticas públicas que atendam suas necessidades específicas, em grande parte devido ao estigma que os cerca. Muitas vezes, a deficiência é associada equivocadamente a uma incapacidade direta e inata, o que não corresponde à realidade vivida por boa parte dessas pessoas (Duarte, 2018).

Somente no final da década de 1990, com a Declaração de Salamanca, consolidouse o uso do termo “pessoas com deficiência”, defendido pelos movimentos de luta emancipatória e posteriormente ratificado na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, em 2006. Contudo, sua adoção ainda é limitada, e termos desumanizadores, inadequados e ultrapassados continuam amplamente difundidos, como “anjos”, “portador de...”, “deficiente” ou “especial” (Amorim *et al.*, 2021). Essa persistência linguística reflete a força do modelo biomédico, que reduz o indivíduo à sua condição corporal, tratando-o como um ser “defeituoso” a ser “consertado” e responsabilizando-o pela adaptação, em vez de questionar as barreiras erguidas por uma sociedade moldada pela corponormatividade.

No âmbito da saúde, o cuidado à pessoa com deficiência muitas vezes é permeado por essa visão reducionista. Por exemplo, no atendimento ao indivíduo autista, a expectativa de que seu comportamento se alinhe a parâmetros hegemônicos legitima a exclusão quando essa “evolução” não ocorre, sem problematizar os processos sociais que sustentam tais relações desiguais (Amorim *et al.*, 2021).

A vivência da pessoa com deficiência ultrapassa o âmbito privado, pois enfrenta um contexto social que a exclui e naturaliza o preconceito. Nesse cenário, o capacitismo, respaldado pelo modelo biomédico dominante, perpetua injustiças epistêmicas na literatura científica, na linguagem do déficit e no imaginário social, invisibilizando a condição humana e priorizando o corpo como mera engrenagem do processo produtivo.

Para responder a essa complexidade, o trabalho na área da saúde é caracterizado por equipes multidisciplinares diversas, embora nem sempre contem com a participação direta de pessoas com deficiência. Essas equipes reúnem profissionais de diferentes origens étnicas, gêneros, orientações sexuais e habilidades, o que exige uma abordagem interseccional (Martinelli *et. al*, 2025). Essa perspectiva permite analisar como essas múltiplas identidades dialogam entre si, revelando de que maneira a combinação desses fatores influencia a experiência profissional e, consequentemente, o bem-estar e desempenho no trabalho. É fundamental prezar por um campo de oportunidades inclusivo e equitativo para todos os trabalhadores da saúde (Duarte, 2018; Martinelli *et. al*, 2025).

Um ponto central para enfrentar o capacitismo na saúde é reconhecer que ele opera estruturalmente por meio de políticas, instituições e normas que desvalorizam pessoas com deficiência e limitam seu acesso a recursos, participação e autonomia nas decisões em saúde, inclusive pela sub-representação de profissionais e pesquisadores com deficiência

nas equipes e na produção de evidências (Lundberg; Chen, 2024). Essa perspectiva amplia o argumento sobre equipes multidisciplinares e a necessidade de uma abordagem interseccional: sem a participação direta e o protagonismo de pessoas com deficiência nas equipes, na gestão e na pesquisa, perpetuam-se vieses do modelo biomédico e práticas excludentes que impactam o bem-estar e o desempenho no trabalho, além de reproduzirem desigualdades entre trabalhadores e usuários dos serviços (Lundberg; Chen, 2024).

Nesse sentido, incorporar a definição e o arcabouço conceitual de “capacitismo estrutural” oferece base para redesenhar ambientes, processos e formações profissionais de modo a garantir oportunidades inclusivas e equitativas e a qualificar a responsabilidade dos sistemas de saúde às diversas necessidades e identidades que se cruzam nas equipes e nos cuidados (Lundberg; Chen, 2024). Na Odontologia, observa-se de forma concreta como o capacitismo se manifesta em barreiras de acesso, comunicação e acolhimento para pessoas com deficiência, afetando tanto a qualidade do cuidado quanto a dinâmica de trabalho das equipes (Martinelli *et al.*, 2025).

Em estudo realizado na Malásia com pais e cuidadores de pessoas com deficiência intelectual, verificou-se que, embora a percepção geral sobre os serviços de saúde e odontológicos fosse considerada “razoavelmente boa”, persistiam entraves significativos. A maioria dos participantes relatou ausência de acompanhamento odontológico regular para as pessoas com deficiência intelectual (61,4%), 31,7% deles nunca realizaram check-up dental. Cerca de 13,0% dos pais/cuidadores afirmaram ter vivenciado episódios de discriminação no atendimento. As barreiras mais citadas incluíram insuficiência de informação (28,0%) e falhas na comunicação por parte dos profissionais (24,3%) (Mohd; Said; Mat Naji, 2023).

Esses resultados reforçam que múltiplas identidades e eixos de desigualdade, como deficiência, raça, gênero e classe, se entrelaçam e moldam a experiência de usuários e trabalhadores (Martinelli *et al.*, 2025). Os autores ressaltaram a necessidade de mudanças estruturais e educacionais para mitigar o capacitismo. No contexto da Odontologia, isso demanda formações específicas em comunicação acessível, ajustes razoáveis na ambiência e nos fluxos assistenciais. Além disso, há necessidade da participação ativa de profissionais com deficiência nos espaços de decisão. São medidas essenciais para transformar a experiência profissional e assegurar oportunidades equitativas em equipes de saúde (Mohd; Said; Mat Naji, 2023; Martinelli *et al.*, 2025).

Visando superar as barreiras simbólicas e institucionais que comprometem a construção de ambientes e serviços inclusivos, é necessário deslocar a compreensão da deficiência de um modelo exclusivamente biomédico para uma perspectiva social (Martinelli *et. al*, 2025). Essa mudança reconhece a diversidade humana e promove transformações culturais e estruturais, garantindo cuidados de saúde equitativos, integrais e centrados na dignidade e nos direitos das pessoas com deficiência.

6.2 O capacitismo linguístico

O capacitismo linguístico perpetua preconceitos que moldam a percepção social sobre pessoas com deficiência: xingamentos, adjetivos pejorativos e metáforas que vinculam deficiência a doença não só ofendem, como também retraumatizam e reforçam outros padrões de opressão (Silveira; Pimentel; Zorzi, 2024).

Um estudo sobre o evidenciou que essas expressões circulam com frequência e muitas vezes passam despercebidas por quem as usa. Termos e frases de baixo calão, epítetos redutores e metáforas que equiparam deficiência a falha ou doença foram relatados por participantes, o que dificulta a identificação do problema e a difusão de práticas anticapacitistas (Silva; Machado; Cardoso, 2025). Segundo os autores, os resultados mostraram que a circulação desses termos ocorre tanto em contextos informais quanto nas esferas institucionais. Apenas uma parcela reduzida de estudantes e docentes recebeu formação específica sobre o tema, reforçando a necessidade de ações educativas sistemáticas para transformar o uso da linguagem e desalojar a cultura de exclusão.

A Figura 2 exemplifica expressões capacitistas recorrentes identificadas em estudos e relatos, servindo como alerta para práticas linguísticas que exigem intervenção e substituição por termos respeitosos e precisos.

Figura 2. Exemplos de expressões capacitistas que devem ser evitadas.

Exemplos de expressões capacitistas:

- "Dar uma de João sem braço."
- "Fingir demência."
- "Não tenho pernas/braço para isso."
- "Pior que cego em tiroteio."
- "Que mancada!"
- "O pior cego é aquele que não quer ver."
- "A desculpa do aleijado é a muleta."



Fonte: O próprio autor.

O uso cotidiano dessa linguagem revela o capacitismo arraigado em nossas práticas culturais, legitimando e banalizando ofensas, abusos e formas de violência contra pessoas com deficiência. O quadro 1 apresenta exemplos recorrentes desse repertório linguístico e propõe alternativas mais respeitosas e descritivas, úteis para orientar mudanças no discurso e nas práticas cotidianas.

Quadro 1. Expressões capacitistas e alternativas respeitosas para o uso cotidiano.

Errado	Certo
Se fazer de surdo	Parece que não ouviu / entendeu
Parece que é cego	Não entendeu ou percebeu algo
Dar uma de João sem braço	Fugir das obrigações
Está muito autista	Está distraída, alheia
Fingiu demência	Se fez de desentendido
Igual a cego em tiroteio	Está perdido
Sem pernas para isso	Sem condições de executar

6.3. Combatendo o capacitismo na odontologia

O capacitismo, entendido como a hierarquização de corpos e mentes baseada em padrões de funcionalidade e produtividade, gera desvantagens sistêmicas para pessoas com deficiência e afeta diretamente o acesso, a qualidade e os desfechos do cuidado em saúde, incluindo a Odontologia (Mello, 2016; Martinelli *et al.*, 2025).

No contexto odontológico, manifesta-se por barreiras atitudinais, como estigmas, infantilização e dúvidas sobre a capacidade de consentimento, e por barreiras comunicacionais e estruturais, como a ausência de acessibilidade arquitetônica, protocolos não inclusivos e lacunas curriculares. Tais obstáculos desmotivam pessoas com deficiência e profissionais com deficiência, restringindo direitos e dificultando a participação plena (Dhanani *et al.*, 2022; Hillebrecht *et al.*, 2023; Lima *et al.*, 2025).

As barreiras atitudinais e de linguagem aparecem nos preconceitos, microagressões e na baixa expectativa em relação à autonomia da pessoa com deficiência, bem como no uso de práticas que reforçam estigmas, afetando a saúde mental, o engajamento e as trajetórias de cuidado (Dhanani *et al.*, 2022; Martinelli *et al.*, 2025). Entre estudantes e profissionais, sentimentos iniciais de medo ou pena tendem a se transformar em competência quando há formação e prática supervisionada, evidenciando o papel da educação na redução de vieses (Ferreira *et al.*, 2017).

Nas barreiras comunicacionais, relatos indicam que 70,0% das pessoas surdas percebem cirurgiões-dentistas despreparados para atendê-las, enfrentando dificuldades como ausência de Libras, dependência da leitura labial, prejudicada pelo uso de máscaras, e falhas na transmissão de informações e no processo de consentimento (Pereira *et al.*, 2017). Em pessoas com deficiência intelectual e do desenvolvimento, cuidadores destacam a falta de informações e de suporte como obstáculos críticos (Borges; Carvalhosa, 2013).

No campo organizacional, cuidadores de crianças com deficiência motora apontam a escassez de profissionais, a demora para agendar consultas e a necessidade de anestesia geral como entraves recorrentes (Cardoso *et al.*, 2011). Para casos de deficiência múltipla, o acesso costuma ser irregular e pouco oportuno, com forte influência de barreiras atitudinais e estruturais (Damiance, 2016).

Em relação à acessibilidade física, avaliações nacionais mostram que rampas, sanitários, portas e cadeiras de rodas funcionais nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ainda apresentam inadequações, apesar de melhorias observadas entre 2014 e 2018 com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade do CEO (PMAQ-CEO) (Lima *et al.*, 2025). As desigualdades regionais persistem, sobretudo quanto à baixa adequação dos banheiros, o que compromete a autonomia e a segurança (Lima *et al.*, 2025).

Os currículos da área, historicamente pautados por uma perspectiva biomédica, tendem a priorizar a noção de déficit e “normalidade”, dedicando pouca atenção ao modelo social da deficiência e às competências inclusivas, o que perpetua práticas capacitistas (Mello, 2016; Dhanani *et al.*, 2022). Em contrapartida, experiências formativas interprofissionais e transversais demonstram ganhos significativos em atitudes, comunicação e fortalecimento de redes de apoio (Castilho *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a incorporação de currículos interseccionais e anticapacitistas, capazes de integrar análises sobre poder, raça, gênero, classe e deficiência, desloca o foco do déficit para os direitos, os ajustes razoáveis e a participação plena (Martinelli *et al.*, 2025). A experiência da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com formação transversal em acessibilidade e inclusão, abrangendo temas como SUS, redes de cuidado, estigma e práticas interprofissionais, mostrou reconfiguração de saberes e maior engajamento estudantil (Castilho *et al.*, 2020).

Recursos de aprendizagem ativa, como estudos de caso sobre capacitismo e acomodações, favorecem o entendimento, a segurança para discutir impactos e a habilidade de identificar barreiras e advogar pela pessoa com deficiência na prática (Dhanani *et al.*, 2022). Simulações, como as que reproduzem restrições físicas, têm mostrado eficácia na redução do “capacitismo estrutural” entre estudantes de Odontologia (Hillebrecht *et al.*, 2023), enquanto o contato clínico estruturado transforma emoções iniciais, como medo ou pena, em competências técnico-relacionais (Ferreira *et al.*, 2017).

O treinamento comunicacional, por sua vez, amplia o uso de práticas linguísticas e acessíveis, incluindo Libras, escrita simplificada, comunicação alternativa e protocolos com intérpretes, reduzindo falhas informacionais e melhorando a experiência de cuidado (Pereira *et al.*, 2017; Dhanani *et al.*, 2022).

A adequação da infraestrutura, conforme a NBR 9050/2020, com rampas, portas e circulações adequadas, sanitários adaptados e cadeiras de rodas funcionais, associada ao monitoramento constante, contribui para a melhoria da acessibilidade ao longo do tempo, como apontam os dados do PMAQ-CEO (Lima *et al.*, 2025).

Ajustes organizacionais, como agendas flexíveis, redução de barreiras administrativas, referência e contrarreferência ativas, além do acolhimento ampliado para pessoas com deficiência e seus cuidadores, aumentam a regularidade de uso e a efetividade do cuidado (Cardoso *et al.*, 2011; Damiance, 2016; Queiroz *et al.*, 2022). Protocolos que garantam comunicação prévia, ambientes sensorialmente adequados, presença de acompanhantes, tempos estendidos e manejo individualizado reforçam a segurança e a autonomia (Ortega *et al.*, 2019; Dhanani *et al.*, 2022).

Iniciativas educativas inclusivas, com materiais em múltiplos formatos, como braille, áudio, alto-relevo e linguagem simples, e tecnologias digitais acessíveis, ampliam a autonomia e estimulam o autocuidado. Estudos com guias de saúde oral para pessoas com deficiência visual mostraram melhora na higiene bucal após a leitura em braille e a realização de instruções táteis (Paiva-Neto, 2020). A educação de pais e cuidadores também é essencial, já que intervenções focadas no aumento do conhecimento sobre biofilme, cárie e doença periodontal, e no incentivo ao uso de fio dental e à higiene assistida, reduzem lacunas previamente identificadas (Borges; De Carvalhosa, 2013).

A governança e a avaliação contínua desempenham papel estratégico, como demonstram iniciativas como o PMAQ-CEO, que fomentam padrões de acessibilidade e cuidado para pessoas com deficiência. Embora análises de dois ciclos revelem ganhos estruturais, ainda há prioridades não resolvidas, especialmente na adequação de sanitários, bem como a necessidade de gestão dedicada (Lima *et al.*, 2025).

A normatização de protocolos e linhas de cuidado para a pessoa com deficiência, incluindo acolhimento, comunicação acessível, atendimento clínico direcionado e indicadores de desempenho, integrados à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, favorece uma atenção mais qualificada (Martinelli *et al.*, 2025). Ações institucionais anticapacitistas, como oficinas, cartilhas e processos de sensibilização em equipes de atenção básica e CEO, contribuem para a mudança cultural e a adesão a práticas inclusivas (Soares, 2024).

Por fim, a pesquisa aplicada e a extensão universitária, especialmente em projetos interprofissionais e intersetoriais, ampliam a capilaridade das práticas inclusivas e fortalecem as competências de docentes e discentes (Castilho *et al.*, 2020). Garantir a centralidade da pessoa com deficiência como educadora, consultora e coprodutora de políticas e currículos ajuda a corrigir assimetrias históricas e qualifica o desenho de soluções (Dhanani *et al.*, 2022; Soares, 2024; Martinelli *et al.*, 2025).

Combater o capacitismo na Odontologia implica transformar estruturas, práticas e culturas institucionais. A literatura evidencia que barreiras atitudinais e comunicacionais são tão determinantes quanto as arquitetônicas; que a formação interseccional, o uso de estudos de caso e simulações reduzem atitudes capacitistas e ampliam competências; que a acessibilidade física conforme a NBR 9050 e os ajustes organizacionais potencializam o uso e a qualidade do cuidado; que materiais e intervenções educativas inclusivas fortalecem a autonomia da pessoa com deficiência e de seus cuidadores; e que a governança com avaliação contínua, protocolos claros e participação ativa da pessoa com deficiência sustenta melhorias. Uma Odontologia verdadeiramente inclusiva depende do reconhecimento da deficiência como questão de direitos e de justiça social, reorientando a prática clínica para a dignidade, a autonomia e a equidade.

7. Barreiras atitudinais, comunicacionais, arquitetônicas e violências institucionais

A deficiência integra a condição humana, uma vez que em algum momento da vida, seja de forma transitória ou permanente, a maioria dos indivíduos enfrentará limitações funcionais. Ademais, o progresso nas condições de saúde e qualidade de vida tem provocado o envelhecimento populacional, elevando a prevalência de dificuldades relacionadas ao funcionamento corporal (OMS, 2011).

Historicamente, essa realidade foi abordada sob um viés individual e médico, que enfatizava a dependência e a suposta incapacidade do sujeito. No entanto, nas últimas décadas consolidou-se uma abordagem estrutural e social, que reconhece que as barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais impostas pela organização social são as verdadeiras responsáveis pelas desvantagens vivenciadas por pessoas com deficiência (Amiralian *et al.*, 2000; Soares *et al.*, 2025).

O Modelo Social da Deficiência serviu de base para a formulação do conceito de “exclusão zero”, que propõe a não exclusão de qualquer pessoa em contextos como trabalho, educação ou outros, independentemente de características pessoais como etnia, cor, orientação sexual, gênero, deficiência, entre outras (Alonso; Río, 1993). Esse modelo se apoia nos princípios dos direitos humanos e da equiparação de oportunidades.

A distinção entre os modelos médico e social da deficiência fundamenta-se na forma como cada paradigma articula o indivíduo com o seu entorno: no modelo médico, a incapacidade é compreendida como um déficit intrínseco ao sujeito, de modo que, ao enfrentar barreiras em ambientes de trabalho convencionais, a pessoa com deficiência é automaticamente vista como parcial ou totalmente “incapacitada” para o exercício profissional (Oliver, 2009; Barnes, 2012). Em contraste, o modelo social desloca o foco da “limitação” para os obstáculos erigidos pelo próprio meio, de modo que a remoção de barreiras viabiliza o uso pleno da capacidade laboral pela pessoa com deficiência (Crow, 1992; Shakespeare, 2006).

O termo “modelo médico da deficiência” deriva diretamente de uma analogia com a prática clínica tradicional, na qual a doença é percebida como um problema localizado no corpo do indivíduo e, portanto, algo a ser tratado, remediado ou curado (Foucault, 1977; Canguilhem, 2009). Transferida para o campo da deficiência, essa perspectiva passou a

enxergá-la como uma condição patológica intrínseca, cujo “remendo” recorria quase que exclusivamente a intervenções médicas, em detrimento do reconhecimento dos fatores sociais e ambientais que, de fato, restringem a participação plena desses sujeitos na sociedade (Oliver, 1999; Crow, 1992).

Partindo do contraponto com o Modelo Médico, o Modelo Social desloca a deficiência do âmbito estritamente individual para as estruturas sociais, apontando que são as barreiras, físicas, atitudinais e institucionais, erigidas pela sociedade que efetivamente excluem as pessoas com deficiência. Nesse paradigma, as diferenças corporais, sensoriais ou intelectuais deixam de ser encaradas como anomalias a serem “corrigidas” e passam a ser reconhecidas como variações naturais da condição humana, que só se tornam problemáticas na presença de obstáculos externos (Bisol; Pegorini; Valentini, 2017).

A gênese desse modelo remonta à segunda metade do século XX, quando movimentos de pessoas com deficiência, articulados a outras lutas por direitos civis, começaram a cobrar do Estado e da sociedade políticas de acessibilidade, combate ao preconceito e equiparação de oportunidades. Organizações como a Union of Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) corporificaram essa visão crítica ao modelo médico, legitimando a ideia de que a deficiência é uma construção social e não um defeito do indivíduo (Gusmão, 2008; Shakespeare, 2006).

O Quadro 1 sintetiza as principais diferenças entre o Modelo Médico e o Modelo Social da Deficiência, evidenciando seus distintos enfoques quanto à origem das limitações, à responsabilidade pela superação dos obstáculos e às soluções propostas. Enquanto o primeiro encara a deficiência como um déficit intrínseco ao indivíduo, a ser diagnosticado e tratado pela medicina, o segundo a reconhece como fruto da interação entre atributos pessoais e barreiras sociais, cuja remoção cabe à sociedade e ao poder público.

Quadro 1. Diferenças entre os Modelos Médico e Social da Deficiência.

Aspecto	Modelo Médico da Deficiência	Modelo Social da Deficiência
Foco	A deficiência como característica individual, patológica e intrínseca.	A deficiência como resultado da interação entre indivíduo e barreiras sociais.

Origem da Deficiência	Localizada no próprio corpo ou mente do indivíduo.	Construída pelas barreiras físicas, comunicacionais, atitudinais e institucionais.
Responsabilidade	Recai sobre o indivíduo e a medicina: diagnosticar, tratar ou “curar”.	Recai sobre a sociedade e o poder público: remover obstáculos e promover inclusão.
Solução Proposta	Intervenções clínicas ou reabilitação para “corrigir” a deficiência.	Ações de acessibilidade e adaptação do ambiente e das práticas sociais.
Enfoque na Participação	Avalia-se a capacidade do indivíduo em função de suas limitações.	Avalia-se a inclusão plena do indivíduo ao eliminar barreiras externas.
Papel das Políticas	Legislação e práticas voltadas somente à habilitação e reabilitação individual.	Legislação e políticas públicas focadas em acessibilidade universal e direitos humanos.
Percepção Social	Deficiência vista como doença ou problema a ser solucionado.	Diversidade humana reconhecida como valor, e deficiência como variação natural.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

A partir desse novo enfoque, foram elaboradas legislações, diretrizes educacionais e programas de inclusão profissional que não se limitam a assegurar a mera presença das pessoas com deficiência, mas visam garantir sua efetiva participação, promovendo o direito à acessibilidade e ao pleno exercício da cidadania (Soares *et al*, 2025). Reconhecidas como cidadãs detentoras de direitos e deveres, essas pessoas dependem de ações concretas destinadas à remoção ou minimização das barreiras que dificultam sua interação e restringem o exercício de suas prerrogativas legais.

Atualmente, o arcabouço legal brasileiro referente à temática da deficiência fundamenta-se, principalmente, em dois instrumentos normativos: a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI). Com base nesses documentos, a deficiência passa a ser compreendida não como uma condição exclusivamente individual, mas como o resultado da interação entre impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou

sensorial, e as barreiras presentes no ambiente social (Mello; Cabistani, 2019; Soares *et al*, 2025).

Assim, a equação impedimento somado à barreira é o que configura a deficiência. Quando necessário, sua avaliação deve considerar uma abordagem multifatorial, que abranja os impedimentos nas funções e estruturas corporais, os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais, bem como as limitações no desempenho de atividades e as restrições na participação social (Brasil, 2015).

7.1 Dimensões e Barreiras da Acessibilidade

A acessibilidade pode ser compreendida como o conjunto de características que um ambiente, produto ou serviço deve apresentar para ser utilizável por todas as pessoas, com conforto, segurança e igualdade, especialmente por aquelas com algum tipo de deficiência. Trata-se de um conceito que atravessa múltiplas áreas do conhecimento e que impacta diretamente o cotidiano de todas as pessoas, não se restringindo apenas a um grupo específico. Sua relevância é evidente no planejamento de políticas públicas e sociais, uma vez que envolve aspectos fundamentais da vida humana, como mobilidade, comunicação, compreensão e manipulação, áreas em que as barreiras de acesso tendem a se manifestar com maior frequência (Garcia, 2012).

De acordo com a LBI, acessibilidade é a condição que permite a qualquer pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida utilizar, com segurança e autonomia, espaços, mobiliários, edificações, transportes, serviços, instalações e sistemas de informação e comunicação, tanto em áreas urbanas quanto rurais (Brasil, 2015). Constituído como direito constitucional, esse conceito abrange todas as capacidades físicas, mentais ou sensoriais, reforçando sua aplicação universal.

Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) apresentou o que hoje é reconhecido como o Símbolo Internacional de Acessibilidade (SIA), utilizado para identificar ambientes, produtos e serviços acessíveis a todas as pessoas (Oliveira, 2024). Desenvolvido com o propósito de ser neutro e inclusivo, o símbolo busca representar, de forma ampla, a diversidade das deficiências, sem estar vinculado a uma limitação específica.

O Brasil aprovou, em 2025, a adoção oficial do novo SAI, por meio do Projeto de Lei nº 2.199/2022, que visa substituir gradualmente o símbolo tradicional da acessibilidade, a

imagem da cadeira de rodas, por uma representação mais abrangente e inclusiva das pessoas com deficiência (Figura 1) (Brasil, 2022).

Figura 1. Transição do símbolo internacional da acessibilidade



Fonte: Desenvolvido pelo autor.

A mudança do símbolo vai além da estética, representando politicamente a diversidade das pessoas com deficiência, incluindo diferentes tipos como auditiva, visual, intelectual, psicossocial e múltipla (Brasil, 2022). Isso desafia o paradigma capacitista que limitava a deficiência à condição física.

No campo da saúde, a efetivação da acessibilidade é particularmente essencial, já que o acesso a serviços e informações influencia diretamente a qualidade de vida e a manutenção da saúde (Ferreira *et al.*, 2023). Mesmo diante dos avanços legislativos e das políticas públicas implementadas, ainda se observam barreiras significativas, especialmente na Atenção Primária à Saúde, onde a demanda por atendimento inclusivo e de qualidade permanece urgente (Ferreira *et al.*, 2023).

Garantir a acessibilidade na saúde está intrinsecamente ligado ao conceito de inclusão, que, segundo Sasaki (2019), implica a adaptação dos sistemas sociais para contemplar a diversidade humana em todas as suas dimensões. Essa diversidade abrange variáveis como etnia, gênero e deficiência, e requer que ambientes, produtos e serviços

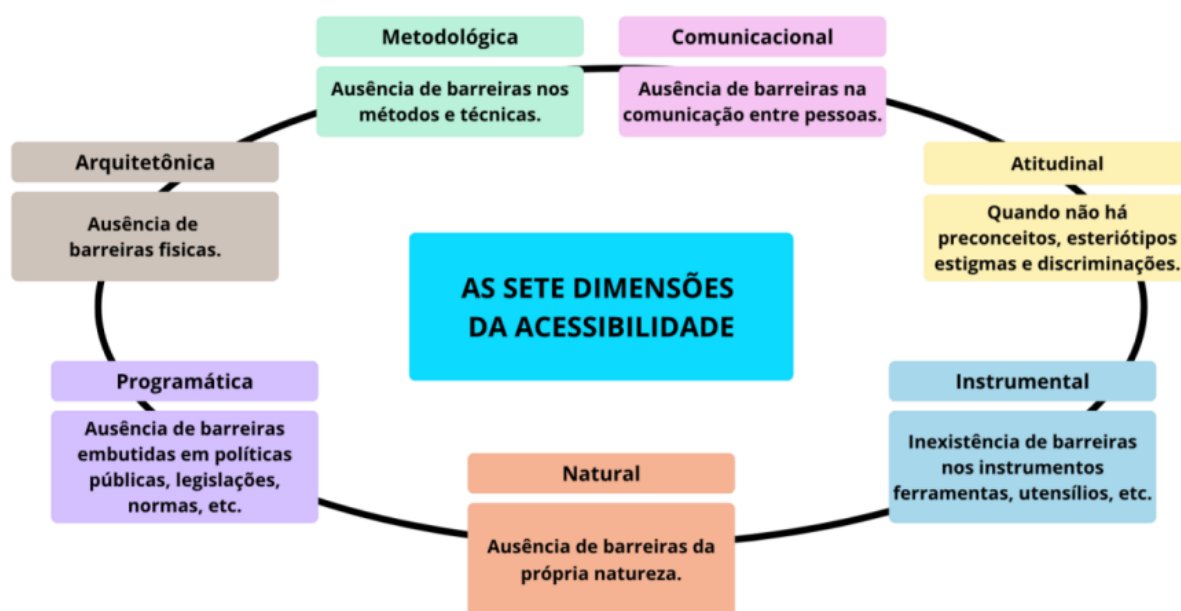
sejam projetados ou ajustados de forma a possibilitar seu uso com autonomia, segurança e conforto.

A deficiência, elementar a essa diversidade, engloba limitações físicas, sensoriais, mentais ou intelectuais que, quando confrontadas com barreiras ambientais, físicas, comunicacionais, atitudinais e institucionais, restringem a participação plena e a interação social. Nesse sentido, a atuação do poder público é fundamental para identificar e eliminar tais barreiras, com especial atenção às deficiências auditiva, visual, física, intelectual e múltipla (Brasil, 2015).

Dessa forma, a acessibilidade deve ser entendida como um processo complexo e integrado, que exige a articulação entre diferentes dimensões. Não é suficiente que apenas um aspecto do sistema funcione de forma acessível; é necessário garantir que todas as etapas do processo estejam estruturadas de modo a permitir o uso pleno e autônomo por qualquer pessoa (Garcia, 2012). A Declaração Universal dos Direitos Humanos assevera que “todo ser humano tem direito à liberdade de locomoção” (ONU, 1948), inspiração para os movimentos de combate às barreiras arquitetônicas a partir da segunda metade do século XX.

No entanto, a acessibilidade não se restringe à eliminação de obstáculos físicos: Conforme Sasaki (2019), ela abrange múltiplas dimensões – arquitetônica, comunicacional, metodológica, instrumental, programática e atitudinal – que envolvem tanto o acesso irrestrito aos espaços construídos quanto a adequação de políticas públicas, práticas sociais e meios de comunicação, sempre à luz dos princípios do desenho universal (Figura 2).

Figura 2: As sete dimensões da acessibilidade.



Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Ao observar essas dimensões, das mais básicas, como a higiene pessoal, até as mais amplas, como o deslocamento em transportes públicos, torna-se mais evidente a diversidade de situações que exigem soluções de acessibilidade e a urgência de seu reconhecimento como elemento central para a equidade social (Garcia, 2012). Em cada uma dessas dimensões estão presentes, simultaneamente, barreiras e potenciais soluções de acessibilidade, aplicáveis a qualquer contexto de atuação de pessoas com deficiência (Quadro 2). Assim, compete ao poder público e à sociedade a identificação e a eliminação desses obstáculos em todas as frentes, garantindo que indivíduos com deficiência auditiva, Barreira de acessibilidade é todo obstáculo, seja de natureza física, atitudinal ou comportamental, que limita ou impede a participação social da pessoa com deficiência, comprometendo o pleno exercício de seus direitos, como o acesso à mobilidade, à comunicação, à informação e à livre expressão (Brasil, 2015).

Quadro 2. As sete dimensões da acessibilidade e suas potenciais soluções.

Dimensão	Potenciais soluções de acessibilidade
Arquitetônica	Eliminação de obstáculos físicos em ambientes internos e externos e nos meios de transporte coletivo fornecidos pela empresa.

Metodológica	Adaptação de métodos e técnicas de trabalho (treinamento, desenvolvimento de pessoas, ergonomia, fluxogramas, empoderamento) para eliminar barreiras na execução de tarefas.
Instrumental	Projeto e disponibilização de ferramentas, máquinas, equipamentos, utensílios e tecnologias assistivas (teclados, canetas, equipamentos de produção etc.) acessíveis a todos os trabalhadores.
Comunicacional	Garantia de comunicação sem barreiras, incluindo língua de sinais, linguagem gestual e corporal, materiais escritos em braile ou fonte ampliada, e acessibilidade digital.
Programática	Revisão e adequação de políticas, normas e regulamentos (leis, decretos, portarias, resoluções) para remover impedimentos invisíveis ao acesso e à participação.
Atitudinal	Ações de sensibilização e conscientização voltadas ao combate a preconceitos, estigmas e estereótipos, promovendo cultura de respeito e convivência na diversidade no ambiente de trabalho.
Natural	Garantia de livre circulação em áreas naturais (terrenos, parques, margens de rios) sem barreiras do relevo ou da hidrografia que impeçam a mobilidade de pessoas com deficiência.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Barreira de acessibilidade é todo obstáculo, seja de natureza física, atitudinal ou comportamental, que limita ou impede a participação social da pessoa com deficiência, comprometendo o pleno exercício de seus direitos, como o acesso à mobilidade, à comunicação, à informação e à livre expressão (Brasil, 2015).

Essas barreiras podem se manifestar de diferentes formas: algumas estão diretamente associadas ao espaço físico; outras resultam da interação com o meio social; e há também aquelas relacionadas à dificuldade de acesso à informação, seja por limitações

sensoriais, ausência de recursos técnicos adequados ou falta de conhecimento (Garcia, 2012). Sempre que esses entraves geram restrições à autonomia ou à participação, observase algum nível de exclusão social.

Há evidências consistentes em nível global de que pessoas com deficiência enfrentam dificuldades significativas para acessar os serviços de saúde. No Brasil, embora políticas e leis defendam a inclusão dessa população no sistema de saúde, a epidemia de zika em 2015 expôs lacunas no SUS quanto à atenção a pessoas com deficiência. Cuidadores de crianças com síndrome congênita do vírus zika relataram grandes obstáculos para acessar serviços centrados nas pessoas, tanto local quanto nacionalmente (Albuquerque et al., 2019).

Apesar de o acesso à saúde ser um componente essencial para o bom funcionamento dos sistemas de saúde em todo o mundo, ele permanece um conceito complexo, especialmente no que diz respeito às pessoas com deficiência. Entre os principais desafios enfrentados estão a discriminação, a inacessibilidade física, a indisponibilidade e a inacessibilidade da informação (Clemente et al., 2022). Ainda há escassez de evidências sobre estratégias eficazes para promover a inclusão dessa população nos serviços de saúde.

Essas barreiras, quando não enfrentadas, aprofundam as iniquidades e ampliam a exclusão social. Por isso, torna-se indispensável que os serviços de saúde planejem e implementem estratégias mais adequadas, capazes de responder efetivamente às necessidades dessa parcela da população. Tais obstáculos comprometem o direito à acessibilidade, elemento fundamental para a inclusão plena e para o exercício da cidadania. Cabe, portanto, à sociedade promover a eliminação de todas as barreiras, sejam elas físicas, programáticas, atitudinais, entre outras, de modo a garantir que as pessoas com deficiência tenham pleno acesso a serviços, espaços, informações e recursos essenciais ao seu desenvolvimento pessoal, social, educacional e profissional.

7.2 Acessibilidade e barreiras atitudinais

As barreiras atitudinais, culturais e simbólicas são construções sociais profundamente enraizadas nas formas como a deficiência é percebida e representada na sociedade (Figura 3). Por sua natureza sutil e muitas vezes invisível, essas barreiras tendem

a ser mais difíceis de identificar e superar do que aquelas relacionadas ao espaço físico (Geraldo; Andrade, 2022).

Figura 3. Tirinha exemplificando uma barreira atitudinal, que se refere a atitudes ou comportamentos que impedem ou limitam a participação social da pessoa com deficiência.



Fonte: Correia, 2025.

Ainda que pouco discutidas no debate público, pesquisas vêm evidenciando os fatores que influenciam a interação das pessoas com deficiência com os serviços de saúde, com os profissionais da área e com o próprio processo de tomada de decisão quanto à busca por cuidados. Nesse contexto, atitudes marcadas por preconceito, estigma ou desrespeito intensificam essas barreiras simbólicas, restringindo o acesso a ambientes verdadeiramente inclusivos e comprometendo a qualidade da atenção em saúde oferecida a esse público (Geraldo; Andrade, 2022).

A acessibilidade atitudinal refere-se à eliminação de preconceitos, estigmas e estereótipos sobre pessoas com deficiência, condição imprescindível para a construção de uma sociedade inclusiva, e exige ações contínuas de conscientização e formação que promovam respeito à diversidade e reconhecimento das especificidades de cada deficiência. Práticas simples e rotineiras no atendimento têm grande impacto: usar terminologia adequada (por exemplo, “pessoa com deficiência”, “pessoa surda”, “pessoa cega”), cumprimentar com um aperto de mão mesmo quando o paciente usa próteses ou tem limitação nos membros superiores, e, no caso de pessoas cegas, avisar sempre ao entrar ou sair do ambiente e informar previamente sobre procedimentos e exames contribuem de forma direta para um acolhimento mais humano e seguro (Alves & Sacramento, 2019).

Ainda assim, barreiras atitudinais persistem no cotidiano, rotular pessoas como incapazes, evitar contato por causa da deficiência ou desrespeitar vagas reservadas são exemplos contundentes, e nem sempre são intencionais ou percebidas por quem as reproduz. Essas atitudes, embora por vezes sutis, materializam-se em práticas que geram implicações negativas relevantes para quem as enfrenta; por isso, Lima e Tavares propõem uma taxonomia dessas barreiras, aqui apresentada no Quadro 3, que ajuda a compreender suas diferentes formas de manifestação e a orientar intervenções mais precisas (Lima & Tavares, 2008).

Quadro 2. Taxonomia das barreiras atitudinais

Tipo	Descrição/exemplificação
Ignorância	É o desconhecimento das potencialidades das pessoas com deficiência.
Medo	É o receio de se relacionar com pessoas com deficiência, com medo de agir ou falar de forma inconveniente.
Rejeição	É a recusa de interação com pessoa em razão da sua deficiência.
Percepção de menos-valia	É a avaliação depreciativa das habilidades das pessoas com deficiência, motivada pela convicção de que essas pessoas são incapazes.
Inferioridade	É a atitude de menosprezar os resultados de pessoas com deficiência, assumindo que elas não podem alcançar certos objetivos por causa de sua deficiência.
Piedade	É a expressão ou atitude piedosa em relação às pessoas com deficiência, limitando-as ou até constringendo-as. Em alguns casos, pode ser percebida quando há uma "ajuda" excessiva.
Adoração ao herói	É a exaltação, a supervalorização, o elogio desmedido à pessoa com deficiência, como se a capacidade dessa pessoa em frequentar espaços sociais fosse algo inusitado ou "excepcional".

Exaltação do modelo	É o uso da imagem da pessoa com deficiência como um exemplo de persistência e de coragem, diante do público geral.
Percepção de incapacidade intelectual	É a crença de que pessoas com deficiência não têm capacidade intelectual. Isso ocorre quando alunos com deficiência são impedidos de frequentar escolas ou quando professores acreditam que a presença deles prejudica o desempenho da turma.
Efeito de propagação (ou expansão)	É a crença de que a deficiência de uma pessoa afeta negativamente outros sentidos, habilidades ou traços da personalidade. Um exemplo, supor que um aluno com deficiência auditiva também tenha deficiência intelectual.
Estereótipos	É a representação social positiva e/ ou negativa, sobre pessoas com a mesma deficiência construindo generalizações.
Compensação	É a ideia de que pessoas com deficiência devem ser recompensadas ou receber vantagens apenas por sua condição.
Negação	É a negação da existência ou do limite decorrente de uma deficiência.
Substantivação	É materializada no discurso quando se refere a pessoa como se a parte “faltante” ou com “defeito” correspondesse ao todo, a exemplo de falas como: o down, o pernetá, o cego.
Comparação	É a prática de comparar a pessoa com deficiência à pessoa sem deficiência, destacando suas supostas falhas ou limitações.
Atitude de segregação	É o processo de isolar ou separar pessoas com deficiência na sociedade, com base em suas características específicas.
Adjetivação	É o uso de rótulos ou de atributos negativos em função da deficiência. Por exemplo, classificar as pessoas com

	deficiência como “lentas”, “incapazes”, “aluno -problema” etc.
Particularização	É a segregação das pessoas em função de um tipo de deficiência. Por exemplo, “afirmar de maneira restritiva, que o aluno com deficiência está progredindo à sua maneira, do seu jeito, etc.; achar que uma pessoa com deficiência só aprende com outra com a mesma deficiência”
Baixa expectativa	É a expectativa antecipada e sem fundamento de que a pessoa com deficiência não pode fazer algo.
Generalização	É a homogeneização de pessoas a partir da experiência de interação com determinado indivíduo ou grupo.
Padronização	É a crença de que os indivíduos com a mesma deficiência agem de maneira semelhante e buscam as mesmas coisas, implicando em ausência de respeito às individualidades.
Assistencialismo e superproteção	É a proteção excessiva que se baseia na piedade e na percepção, muitas vezes equivocada, da incapacidade do indivíduo de fazer algo ou de tomar decisões em função da deficiência. Esta barreira atitudinal leva a sociedade a impedir que a pessoa com deficiência faça suas escolhas pessoais e sociais.
Capacitismo	É uma forma de opressão que define o indivíduo pela crença de que pessoas com deficiências são incapazes de realizar diferentes atividades, uma vez que possuem corpos ou mentes fora do padrão aceito como normal.

Fonte: Lima; Tavares (2008)

7.3 Acessibilidade e barreiras comunicacionais

Enquanto as barreiras atitudinais se manifestam por meio de comportamentos e percepções inadequadas de profissionais e da sociedade, as barreiras comunicacionais dizem respeito às dificuldades no acesso à informação e na interação. Essas últimas configuram um obstáculo relevante à inclusão de pessoas com deficiência, sobretudo na atenção básica, onde a comunicação eficaz e o acesso adequado são essenciais para promover a equidade em saúde (Assunção et al., 2020).

Identificar as barreiras comunicacionais no acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para garantir um atendimento inclusivo e igualitário às pessoas com deficiência. Barreiras como a ausência de tecnologias assistivas e a falta de profissionais capacitados comprometem o direito à saúde dessa população, restringindo o acesso à informação e ao atendimento adequados (Clemente et al., 2022). A formação em saúde voltada para o atendimento inclusivo é essencial para melhorar a interação entre profissionais e pacientes com deficiência, promovendo uma comunicação mais eficaz e personalizada (Assunção et al., 2020).

A compreensão dessas barreiras permite o desenvolvimento de políticas e práticas que favoreçam a acessibilidade e a inclusão, contribuindo para a redução das desigualdades no SUS (Clemente et al., 2022). Dessa forma, superar essas barreiras torna-se essencial para implementar estratégias concretas que promovam acessibilidade, inclusão e qualidade no atendimento às pessoas com deficiência. Conhecer os desafios existentes é um passo necessário para a construção de ações que garantam a integralidade das práticas assistenciais e reforcem os princípios de equidade no sistema público de saúde (Soares et al., 2025).

A acessibilidade comunicacional garante a eliminação de barreiras na comunicação, seja presencial, escrita (incluindo braille) ou digital. No atendimento em saúde, a comunicação eficaz é essencial, pois o usuário é uma fonte importante para o diagnóstico. Profissionais devem estar preparados para dialogar com pacientes surdos, com distúrbios da fala, deficiência intelectual ou analfabetismo funcional (Alves; Sacramento, 2019).

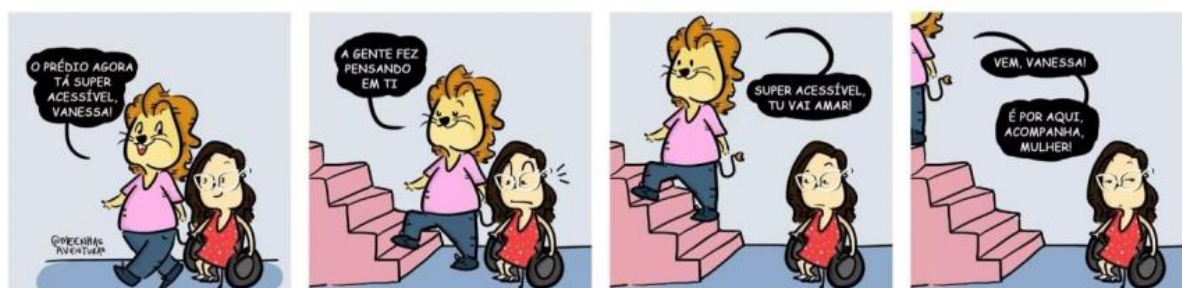
A surdez apresenta diferentes níveis e formas de comunicação, como Libras, leitura labial e linguagem própria. Por isso, é fundamental identificar a forma de comunicação preferida da pessoa surda. Além disso, mesmo com intérprete, o profissional deve sempre manter o contato visual com o paciente, e não com o intérprete (Alves; Sacramento, 2019).

7.4 Acessibilidade e barreiras arquitetônicas

As barreiras arquitetônicas constituem obstáculos significativos para a plena acessibilidade de pessoas com deficiência, impactando diretamente sua autonomia, segurança e qualidade de vida. Tais barreiras incluem, por exemplo, a ausência de rampas ou elevadores em edifícios com escadas, bem como portas estreitas que não permitem a

passagem de cadeiras de rodas (Figura.4). Além disso, a carência de sinalização tátil e auditiva dificulta a mobilidade e a independência de pessoas com deficiência visual ou auditiva, reforçando a importância de se projetar ambientes inclusivos desde a concepção dos espaços (Cruz *et al.*, 2020).

Figura 3. Tirinha exemplificando uma barreira arquitetônica, que se refere aos obstáculos para a plena acessibilidade de pessoas com deficiência.



Fonte: Correia, 2025.

No que se refere às barreiras de mobilidade, elementos como corredores estreitos, a inexistência de pisos táteis e a presença de desníveis sem rampas comprometem a circulação segura de pessoas com deficiência visual ou mobilidade reduzida. Essas limitações evidenciam a urgência de um planejamento urbano mais inclusivo, que leve em conta a diversidade de necessidades dos usuários e promova o acesso equitativo aos espaços públicos (Castro *et al.*, 2021).

As barreiras relacionadas à sinalização e à orientação também representam desafios importantes. A ausência de informações em braile, o uso de placas informativas com baixo contraste e a iluminação inadequada dificultam a locomoção de pessoas com deficiência visual. Da mesma forma, a falta de informações sonoras em ambientes públicos, como estações de transporte, compromete a orientação e a autonomia de pessoas com deficiência auditiva (Santos *et al.*, 2020).

A interconexão entre esses diferentes tipos de barreiras, de acesso, mobilidade e orientação, gera impactos cumulativos na vida das pessoas com deficiência. Enquanto as barreiras de acesso limitam o uso de espaços essenciais, como edifícios públicos e privados, as barreiras de mobilidade agravam a exclusão física. Já as barreiras de sinalização comprometem diretamente a segurança e a independência, tornando ainda mais urgente o compromisso com a construção de ambientes verdadeiramente acessíveis e inclusivos (Cruz *et al.*, 2020; Castro *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2020).

A acessibilidade arquitetônica não se restringe apenas à eliminação de barreiras físicas nas instalações das unidades de saúde, mas envolve também o acesso efetivo aos serviços e ao mobiliário utilizado durante o atendimento em consultórios e salas de exames. Esse tipo de acessibilidade deve ser pensado de forma abrangente, iniciando-se no ambiente domiciliar da pessoa com deficiência e estendendo-se ao percurso até a unidade de saúde, incluindo a acessibilidade nos sistemas de transporte público (Alves; Sacramento, 2019).

Essa perspectiva é essencial para garantir que pessoas com diferentes tipos de deficiência, como pessoas que usam cadeira de rodas, cegas ou idosas, consigam chegar e utilizar os serviços com autonomia e segurança.

7.5 Barreiras e violências institucionais

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) estabelece a garantia do acesso integral à saúde para as pessoas com deficiência, além de prever a organização de serviços específicos voltados a esse público, com o objetivo de assegurar a efetivação de seus direitos (Brasil, 2022). Para que isso se concretize, é necessário desenvolver ações que facilitem os trajetos dessas pessoas no sistema de saúde, uma vez que suas condições de vida frequentemente são marcadas por situações de vulnerabilidade que impactam diretamente o processo de saúde e doença.

Além das questões já discutidas, a ausência de profissionais de saúde qualificados para atender às especificidades das pessoas com deficiência constitui uma das principais lacunas na produção do cuidado. Essa falha na formação impacta negativamente o atendimento, uma vez que a qualificação, quando existente, ocorre geralmente por iniciativa individual dos trabalhadores (Castro *et al.*, 2021). Quando acolhidos por profissionais preparados, os usuários sentem-se mais confiantes para expressar suas necessidades reais, o que contribui para um cuidado mais sensível e eficaz.

É fundamental que os profissionais de saúde estejam aptos a acolher e oferecer cuidados adequados às pessoas com deficiência, sobretudo nos serviços que integram a RCPD. A falta dessa competência técnica e humana se configura como uma barreira significativa, que pode gerar sofrimento adicional aos usuários e até mesmo levá-los a desistir de buscar atendimento no SUS. Embora a Política Nacional de Saúde da Pessoa com

Deficiência (PNSPD) destaque a qualificação dos profissionais como uma prioridade, essa diretriz ainda não se reflete plenamente na prática cotidiana dos serviços (Brasil, 2002; Brasil, 2010; Brasil, 2023).

Nesse sentido, quanto mais distante estiver o profissional do cotidiano e das vivências das pessoas com deficiência, maiores serão os desafios para a oferta de um cuidado resolutivo e humanizado (Hilgemberg, Lemos, Gomes, 2018). A formação contínua e crítica dos trabalhadores da saúde é, portanto, condição essencial para a superação das barreiras que comprometem o acesso e a permanência dessa população nos serviços de saúde.

As barreiras de acesso aos serviços de saúde são complexas e multifatoriais, resultando de aspectos organizacionais, estruturais, financeiros, relacionais, sociais e culturais que se manifestam de forma recorrente no cotidiano das pessoas com deficiência. Essas dificuldades exigem dos usuários e de seus familiares um constante exercício de resistência, paciência e enfrentamento (Castro *et al.*, 2021; Clemente *et al.*, 2022). Para melhor compreensão, o Quadro 4 apresenta as principais barreiras identificadas na literatura a partir da perspectiva de usuários e cuidadores, enquanto o Quadro 5 reúne aquelas apontadas pelos profissionais e prestadores de serviços de saúde.

Quadro 4. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiências nos serviços de saúde, conforme nível de atenção (usuários).

Nível de atenção	Barreiras encontradas na literatura
Atenção Primária	Dificuldade em encontrar profissionais dispostos a atender pacientes com deficiências complexas; escassez de serviços de saúde adequados; falta de solicitação e realização de exames e cuidados preventivos; ausência de informações sobre saúde sexual, reprodutiva, planejamento familiar e cuidados pré e pós-natais; carência de apoio profissional especializado; comunicação falha entre profissionais de saúde, pacientes e cuidadores; falta de informações aos cuidadores sobre a condição de saúde do paciente; acesso insuficiente a serviços de atenção infantil; ausência de

	cobertura de saúde e impossibilidade de arcar com despesas médicas; medo e ansiedade em relação ao tratamento de filhos com deficiência.
Atenção Especializada	Falta de acesso aos serviços de saúde; falta de comunicação e de acesso à informação; falta de envolvimento na tomada de decisões sobre a própria saúde; problema de localização das unidades de saúde e dificuldades de transporte para chegar aos serviços; custo do transporte.
Atenção Hospitalar	Barreiras organizacionais, sociais e físicas para acessar serviços de saúde; falta de informações sobre a própria saúde e sobre o tratamento; sensação de abandono por parte dos cuidadores em relação ao tratamento dos usuários.

Fonte: Adaptado de Clemente et al., 2022.

Quadro 5. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiências nos serviços de saúde, conforme nível de atenção (oferta do serviço).

Nível de atenção	Barreiras encontradas
Atenção Primária	Falta de transporte confiável e acessível para os usuários chegarem às consultas; falta de treinamento e habilidades inadequadas por parte dos profissionais; questões ambientais, como unidades de saúde distantes; tempo insuficiente para as consultas; atitude negativa e falta de cuidados coordenados por parte dos profissionais; falhas dos sistemas de saúde em responder adequadamente à morbidade tratável identificada.
Atenção Especializada	Acesso insatisfatório às edificações; dificuldade de transportar cadeiras de rodas; instalações precárias de estacionamento para pessoas com deficiência física; ambientes comunitários e sociais impróprios para o uso de cadeiras de rodas; falta de atenção aos cuidados

	secundários em saúde; falta de treinamento e habilidades necessárias por parte dos profissionais; fragmentação do sistema de saúde; longo tempo de espera para atendimento; procedimentos inadequados para os tratamentos e manutenção de produtos assistivos.
Atenção Hospitalar	Ausência de autocuidado orientado por políticas de promoção da saúde; dificuldades de acessibilidade; disponibilidade limitada de profissionais treinados; falta de apoio social; discriminação; restrições financeiras; falta de informação e de intervenções educacionais voltadas aos usuários; falta de comunicação por parte dos profissionais; falta de financiamento para a aquisição de aparelhos necessários ao tratamento.

Fonte: Adaptado de Clemente et al., 2022.

Especificamente nos serviços de atendimento odontológico à pessoa com deficiência, as barreiras envolvem desde limitações físicas e estruturais até obstáculos organizacionais e atitudinais. Muitos consultórios não possuem espaço suficiente para acomodar cadeiras de rodas, tampouco rampas de acesso ou equipamentos adaptados, o que inviabiliza o atendimento em condições dignas. Soma-se a isso a centralização dos serviços em grandes centros urbanos e a ausência de flexibilização nos agendamentos, dificultando o comparecimento de usuários que dependem de transporte público ou de terceiros (Rosa *et al.*, 2020).

Essas condições ferem o princípio da integralidade e dificultam o acesso equitativo aos serviços, como preveem as políticas públicas. Além disso, o custo do tratamento também é apontado como barreira relevante, sobretudo quando há necessidade de intervenções especializadas ou procedimentos sob sedação, não ofertados em todos os serviços públicos (Rosa *et al.*, 2020; Ribeiro; Moura, 2025).

A falta de preparo técnico e humano dos profissionais da odontologia aparece de forma recorrente na literatura como uma barreira decisiva para o cuidado adequado à pessoa com deficiência. Os cursos de graduação em Odontologia ainda tratam esse tema de forma superficial, resultando em profissionais inseguros, que restringem sua atuação a

procedimentos básicos, como extrações ou atendimentos de urgência (Vogel; Wietholter; Pietrobon, 2018; Ribeiro; Moura, 2025).

Muitos dentistas evitam atender esse público por medo ou por preconceito, o que revela não apenas lacunas formativas, mas também barreiras atitudinais (Vogel; Wietholter; Pietrobon, 2018). Essa postura, por vezes velada, contribui para uma forma de violência institucional que afasta os usuários dos serviços, mesmo quando existe cobertura pelo SUS. Dessa forma, garantir o acesso não se resume à presença física de um serviço, mas exige transformação na cultura profissional, formação contínua e políticas de incentivo à prática humanizada e inclusiva (Vogel; Wietholter; Pietrobon, 2018; Rosa *et al.*, 2020).

Diante desse cenário, torna-se evidente que o acesso de pessoas com deficiência aos serviços de saúde não pode ser pensado apenas em termos de presença física de unidades ou disponibilidade de procedimentos. É necessário enfrentar um conjunto complexo de barreiras institucionais, que envolvem desde a estrutura física inadequada até a ausência de formação crítica e continuada dos profissionais.

A produção do cuidado qualificado exige mudanças nas práticas e nas políticas, incorporando a escuta sensível, o reconhecimento das singularidades e o compromisso com a equidade. Superar essas barreiras é uma condição indispensável para que o direito à saúde bucal das pessoas com deficiência seja, de fato, efetivado e não apenas proclamado nos marcos normativos.

8. Organização do Cuidado nas Redes de Atenção à Saúde

8.1 Organização do cuidado nas redes de atenção à saúde

Do ponto de vista da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), e no contexto da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), o atendimento odontológico direcionado à esta deve ser organizado de forma integral e articulada, considerando as condições e necessidades específicas apresentadas pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso inclui desde a adaptação do ambiente físico e dos instrumentos clínicos, até a flexibilização de protocolos assistenciais e o apoio de equipes multiprofissionais, garantindo acessibilidade, segurança e acolhimento. O cuidado odontológico deve contemplar ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, com fluxos bem definidos entre a atenção primária, os serviços especializados e os hospitais, assegurando continuidade do cuidado e equidade no acesso.

A RASB garante cuidado integral e inclusivo para todas as pessoas, com prioridade para a pessoa com deficiência (Figura 1). Os serviços odontológicos são ofertados em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Odontológicas Móveis (UOM), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (SESB) e Hospitais (Figura). Além desses serviços, conta com serviços de apoio: Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e Sistemas de Informações.



Figura 1. Componentes da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente> (adaptado).

8.2 Atenção Primária à Saúde (APS)

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) a coordenadora do cuidado e a ordenadora das ações e dos serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017b).

Os princípios e as diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na APS são:

- Princípios – universalidade, equidade e integralidade.
- Diretrizes – regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade.

A premissa fundamental da APS é que todas as pessoas, em todos os lugares, têm o direito de acesso aos serviços de saúde. Os cuidados na APS constituem uma abordagem que abrange toda a sociedade para organizar e reforçar eficazmente os pontos de atenção da RASB a fim de aproximar as comunidades dos serviços de saúde e de bem-estar. Devendo, portanto, apresentar três componentes fundamentais:

- Serviços de saúde integrados para atender às necessidades de saúde das pessoas ao longo da vida;
- Abordagem dos determinantes mais amplos da saúde;
- Ações multissetoriais que visem apoiar indivíduos, famílias e comunidades ampliar o controle de sua própria saúde, produzindo autonomia.

Os cuidados de saúde primários permitem que os sistemas de saúde apoiem as necessidades de saúde de uma pessoa – desde a promoção da saúde à prevenção de doenças, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e muito mais. Esta estratégia também garante que os cuidados de saúde sejam prestados de uma forma centrada nas necessidades das pessoas e respeitando as suas preferências e competências culturais. Os cuidados de saúde primários são amplamente considerados como a forma mais inclusiva, equitativa e econômica de alcançar a cobertura universal de saúde (OMS, 2025, adaptado).

Assim, no contexto da RCPD, a APS também é o nível de atenção protagonista. As UBS no processo de territorialização, devem cadastrar e acompanhar longitudinalmente as pessoas com deficiência. Ressalta-se que os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças precisam ser adaptados para atender às necessidades individuais de cada usuário, considerando o diagnóstico, o prognóstico, a gravidade e o tipo de deficiência, e desenvolvidos com o apoio e o envolvimento de equipe multidisciplinar.

8.3. Atenção Primária à Saúde e importância da promoção e prevenção no cuidado à pessoa com deficiência.

A prevenção das doenças bucais deve ser a atitude mais enfática e relevante que a equipe de Saúde Bucal (eSB) precisa executar ao cuidar da pessoa com deficiência. Uma abordagem preventiva deve ser iniciada desde o primeiro contato com os serviços de saúde.

No que concerne à saúde bucal, ênfase especial deve ser dada à prevenção da doença cárie e periodontal e do câncer de boca.

Ações de educação em saúde devem ser recomendadas aos responsáveis ou cuidadores desde o nascimento da criança, para que esta se torne um adulto com uma condição adequada de saúde bucal. Tais ações devem incluir:

- Adoção de hábitos de higiene bucal diários e regulares, com a escovação com dentífrico fluoretado realizada ao menos duas vezes ao dia;
- Alimentação saudável, incluindo dieta com consumo consciente de açúcares;
- Cessação do tabagismo;
- Limitação da ingestão de álcool e outras drogas.

No contexto da promoção da alimentação saudável, as recomendações básicas sobre alimentação com macronutrientes essenciais e menos consumo de ultraprocessados podem ser bastante desafiadoras aos cuidadores da pessoa com deficiência. A pessoa com deficiência pode apresentar seletividade alimentar e/ou preferência por alimentos ricos em açúcares.

Esses hábitos contribuem para o desequilíbrio do ambiente bucal, aumentando o risco de desenvolvimento de lesões de cárie dentária (Pitts, 2019). Nesse sentido, cabe aos profissionais de saúde bucal avaliarem a viabilidade de substituições alimentares, incentivando escolhas que priorizem macronutrientes de maior valor nutricional, em detrimento dos açúcares simples (REFERÊNCIA - GUIAS ALIMENTAR DO MS).

Ainda considerando o contexto da alimentação saudável, é importante considerar que a capacidade mastigatória pode estar comprometida em alguns indivíduos, como no caso de pessoas com paralisia cerebral. Quando o “ato de mastigar” encontra-se prejudicado, é fundamental orientar os cuidadores sobre estratégias que favoreçam a manutenção da saúde bucal. Nesses casos, dietas pastosas ou liquidificadas devem ser planejadas de forma equilibrada, priorizando macronutrientes como verduras, legumes, grãos e proteínas, em vez de combinações do tipo “amido + açúcar”, que apresentam elevado potencial cariogênico e baixo valor nutricional (Figura 2). Tal abordagem contribui não apenas para a saúde geral da pessoa com deficiência, mas também para a preservação

de sua saúde bucal. Essas orientações podem ser passadas diretamente aos cuidadores em atendimentos individuais e/ou coletivos.



Figura 2. Sugestão de abordagem de alimentação com baixo potencial cariogênico às famílias, no contexto de promoção e prevenção em saúde.

Fonte: Autoria própria, com recursos de IA. OPENAI. ChatGPT [ferramenta de inteligência artificial]. Disponível em: <https://chat.openai.com/>. Acesso em: 2 set. 2025.

Outra questão desafiadora no contexto de promoção da saúde e prevenção é a seletividade alimentar de pessoas com alterações do neurodesenvolvimento, como no caso de pessoas com Transtorno de Espectro Autista (TEA). Abaixo são descritas algumas restrições.

- Preferências restritas: a criança aceita apenas alimentos de determinada cor (por exemplo, somente alimentos brancos arroz, pão, batata, leite);
- Rejeição por textura: recusa frutas frescas porque sente incômodo com a textura fibrosa, mas aceita a mesma fruta em forma de suco coado;
- Rotina padronizada: aceita comer somente a mesma marca de biscoito ou o mesmo tipo de macarrão, rejeitando outros formatos. A preferência por esses alimentos ultraprocessados aumenta a cariogenicidade;

- Recusa de grupos alimentares: não consome legumes e verduras de nenhuma forma, mas aceita purê de batata;
- Comportamento alimentar: crises de choro ou recusa intensa ao ser exposta a novos alimentos, mesmo em pequenas quantidades.

Preferencialmente, na abordagem em saúde bucal da pessoa com seletividade alimentar, deve-se articular com os cuidadores a preferência por alimentos com chance menor de desenvolvimento de lesões de cárie. Por exemplo, no caso de rejeição por textura, verificar a possibilidade de fazer sucos naturais sem adição de açúcar. Mas, é válido ressaltar, que se a pessoa com deficiência estiver com sede, que seja preferencialmente oferecido água.

Quanto às técnicas de higiene bucal, alterações na coordenação motora, deficiência intelectual, malformações físicas, entre outras, podem acarretar complicações na manutenção de uma boa saúde bucal em decorrência de higienização inadequada e, por isso, ações preventivas tornam-se fundamentais. Há situações nas quais a higiene bucal deverá ser mais uma atribuição do cuidador.

A higiene bucal adequada é componente fundamental tanto para a prevenção das doenças bucais mais comuns (doença cárie e periodontal) quanto para um bom prognóstico em caso de necessidade de tratamento. A correta realização da higiene bucal pela pessoa com deficiência requer motivação e aprendizado. Uma das possibilidades para esse aprendizado é o desenvolvimento de atividades de escovação dental supervisionada em diferentes espaços sociais (escolas, creches, casas de repouso, hospitais psiquiátricos etc.). Por meio do controle de acúmulo de biofilme nas superfícies dentárias, a atividade de escovação dental supervisionada objetiva a prevenção do desenvolvimento de lesões de cárie dentária e de gengivite. A escovação deve ser realizada por profissional capacitado, bem como deve ser adequada ao controle motor do indivíduo. As orientações sobre a higiene bucal, cuja finalidade é a busca da autonomia, com vistas ao autocuidado, devem ser repassadas à pessoa com deficiência e, quando necessário, ao acompanhante, cuidador ou responsável (BRASIL, 2004).

Pessoas ostomizadas também devem ter controle de biofilme diário para menor risco de doença periodontal devido ao acúmulo de cálculo dentário, que é comum nesse grupo de pacientes, quando não realizam higiene bucal regular.

A dificuldade de abertura bucal pode ser um desafio para a higienização diária por parte dos cuidadores. As eSB podem auxiliar ensinando a montagem de abridores de boca com espátulas de madeira, gaze e esparadrapo (Figura 3) ou em uma técnica de escovação com efetiva participação da família (Figura 4).

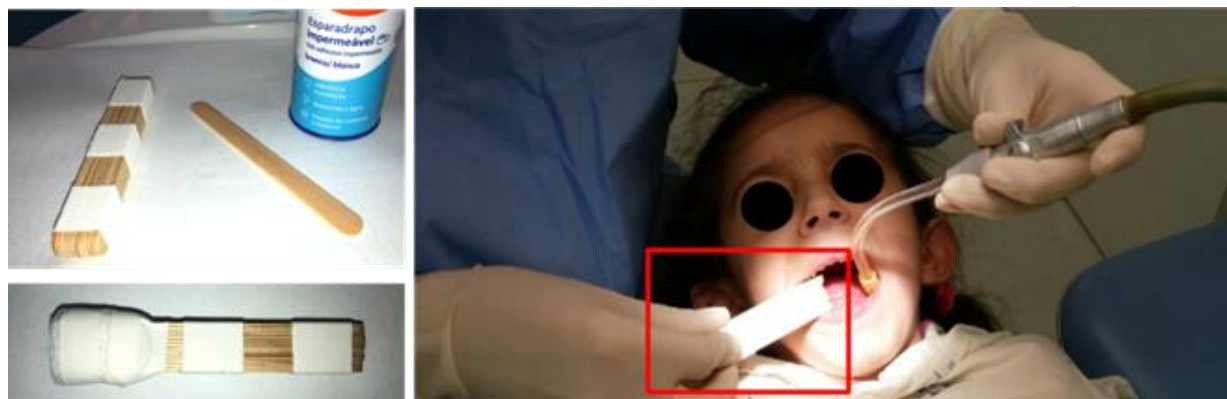


Figura 3. A) Montagem de mantenedor de abertura bucal (abridor bucal/ mordedor) com espátulas de madeira e esparadrapo para auxílio na escovação por parte dos cuidadores. B) Mantenedor de abertura bucal (abridor bucal/ mordedor) pronto, com gaze, para auxílio na escovação por parte dos cuidadores. C) Uso do mordedor para facilitar a abertura bucal. Fonte: Elaboração própria.



Figura 4. Profissional da equipe de saúde bucal ensinando técnica de escovação com efetiva participação da família.

Fonte: Arquivo pessoal cortesia cedida por Stecilda Castelo Branco.

Estratégias preventivas: Pessoas com Deficiência podem apresentar risco aumentado de doenças bucais, que podem comprometer ainda mais a saúde geral do paciente. A educação dos pais/cuidadores é fundamental para garantir a supervisão adequada e regular da higiene bucal diária. A equipe de profissionais de odontologia deve desenvolver um programa individualizado de higiene bucal que se adapte à deficiência específica do paciente. A assistência de outros profissionais da saúde (por exemplo, terapia ocupacional) pode ser benéfica. Escovar os dentes com um dentífrico fluoretado duas vezes ao dia ajuda a prevenir lesões de cárie e gengivite. Se os problemas sensoriais do paciente tornarem o sabor ou a textura do creme dental fluoretado intolerável, um creme dental sem lauril sulfato de sódio (SLS) para eliminar a formação de espuma, um enxaguante bucal fluoretado ou uma alternativa como fosfopeptídeo de caseína-fosfato de cálcio amorfo [CPP-ACP]) pode ser aplicado com a escova de dentes.

As escovas de dentes podem ser modificadas para permitir que indivíduos com deficiência física escovem os próprios dentes. Escovas de dente elétricas e porta-fio dental podem melhorar a adesão do paciente. Os cuidadores devem fornecer os melhores cuidados bucais quando o paciente não consegue fazê-lo adequadamente (AAPD, 2024)

Recomenda-se a remoção do biofilme dentário e a aplicação tópica de flúor (ATF), visando ao controle de lesões de cárie dentária, por meio da utilização de produtos fluoretados, tais como soluções para bochechos, gel e verniz fluoretados. Salienta-se que o uso de substâncias fluoretadas exigem cuidados, pois em doses altas podem gerar toxicidade aguda ou crônica, sendo recomendado ser realizado por profissionais capacitados no caso de pessoas com deficiência (CURY - LIVRO DE CARIOLOGIA).



Figura 6. Hiperplasia gengival por uso de medicamento que dificulta a remoção de biofilme dentário.

Fonte: Acervo pessoal.

No contexto do Programa Saúde na Escola (PSE), as equipes de Saúde Bucal (eSB) devem programar ações com a participação de todos os escolares, incluindo os escolares com deficiência. Quando necessário, ações individualizadas poderão ser organizadas. Sobre a aplicação de flúor, é sabido que esta deve ser realizada apenas em pacientes com atividade de doença cárie, com adequado isolamento do campo para evitar intoxicação aguda durante essa terapêutica (BRASIL, GUIA DE RECOMENDAÇÕES PARA USO DE FLURETOS NO BRASIL, 2024).



Figura 5: Ação com a participação de todos os escolares, incluindo os escolares com deficiência, no contexto do Programa Saúde na Escola.

Fonte: Acervo pessoal (foto autorizada)

Abaixo estão apresentadas as ações de atenção à saúde bucal à pessoa com deficiência, da infância à fase adulta.

Higiene bucal PcD

- Não é necessário higienizar a boca do bebê em que os dentes ainda não nasceram.



Com o nascimento do primeiro dentinho, já poderá usar a pasta de dente da família, que tem a concentração adequada de flúor.

- A escovação deve ser sempre supervisionada por cuidadores.



Iniciar escovação com pasta de dente 1000 ppm de flúor

- A quantidade de pasta de dente sobre a escova deve ser de um "grão de arroz".



- Geralmente, aos 3 anos de idade, a criança terá todos os dentes de leite na boca. Nessa fase, já pode ser mudada a quantidade de pasta de dente para um "grão de ervilha".
- Quando possível a criança PcD deverá cuspir toda a espuma formada durante a escovação. Em casos de crianças que não conseguem ter o reflexo de cuspir, os cuidadores deverão limpar com gaze embebida em água.
- A pasta de dente deve ficar fora do alcance da criança para que ela não consuma.



- Por volta dos 5-6 anos de idade, o primeiro molar permanente nasce atrás dos dentes de leite, ou seja, o dente aparece na boca sem que o de leite caia em um momento anterior. Os pais/responsáveis podem não se atentar para o nascimento desses dentes.



Leia mais em Diretriz para prática clínica odontológica na APS: higiene bucal na infância



A escovação orientada para alcançar o último molar deve ser feita também entre 10-12 anos e quando erupcionam o terceiro molar por volta dos 18-20 anos de idade. Essa orientação é de suma importância para que não fique biofilme sobre o dente que está em processo de erupção ("nascimento") na boca da PcD.



O uso de fio dental pode ser desafiador para uso em PcD, uma alternativa são os fio dentais com haste



Escovas interdentais podem ser recursos eficientes para higienização entre os dentes, e tem demonstrado mais probabilidade de limpeza interdental.



O processo de higienização diária pode ser desafiador tanto para o PcD quanto para seu cuidador. O uso de recursos que facilitem esse cuidado como abridores de boca e escovas elétricas podem tornar a atividade menos difícil de ser realizada.

Em PcD adultos/idosos com lesões de cárie radicular, pode ser pensado pelo cirurgião-dentista receitar dentifrício com 5.000 ppmF, uma vez ao dia, sempre com o cuidador observando uma quantidade mínima sobre a escova e que não haja deglutição.



Figura 6. Atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência – da infância à fase adulta.

Fonte: Elaboração própria

As principais ações para a articulação entre a PNSPD e a APS, nas quais a assistência em saúde bucal por meio das equipes de Saúde Bucal (eSB) deve participar, são:

- Busca ativa – identificar e localizar as pessoas com deficiência no território (área de abrangência), observando sinais e sintomas ou alterações de comportamento que possam significar dor de origem bucal. Fazer o mapeamento com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da equipe da Unidade de Saúde da Família (USF);
- Acolhimento – acolher a pessoa com deficiência e sua família. Fazer o seu cadastramento na USF e incluir algumas informações sobre a capacidade de deambulação (deslocamento), comportamento, escolaridade (se houver) e condições/riscos sociais;
- Condutas – realizar a avaliação do usuário ou o questionário de saúde (anamnese) com a pessoa com deficiência e/ou com cuidador ou responsável, quando necessário, para planejar o tratamento odontológico na USF ou em domicílio, quando o usuário com

deficiência não puder se deslocar até à USF. Priorizar o vínculo profissional com o usuário e sua família, dissipando o medo e a ansiedade por meio da comunicação;

- Manejo de comportamento – adotar técnicas que contribuam para a comunicação, a cooperação e a efetivação de um cuidado em saúde bucal com qualidade. Consiste em, basicamente, o profissional apresentar ao usuário cada passo, instrumento e ação que pretende executar, sempre iniciando do procedimento odontológico mais simples para o mais complexo, exceto em casos de urgência.

Acolhimento, busca ativa, projeto terapêutico singular, clínica ampliada – para saber mais sobre esses recursos e estratégias e sobre a articulação entre políticas de saúde e pontos de atenção, outros documentos do Ministério da Saúde poderão ajudar. Podem ser acessados pela internet:

- Política Nacional de Humanização

<http://redehumanizaus.net/politica-nacional-de-humanizacao/> Clínica ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular;

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde; e

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf.

8.4. Atenção Primária à Saúde no contexto de resolução de problemas da pessoa com deficiência.

Entendendo a importância da APS no contexto da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), o atendimento odontológico à pessoa com deficiência possui características peculiares. Assim, os serviços de saúde devem buscar o adequado desempenho dessas duas ações fundamentais de recuperação da saúde da pessoa com deficiência: diagnóstico e tratamento adequados (BRASIL, 2004). Em relação ao diagnóstico das condições/ doenças bucais, este deve ser feito o mais precocemente possível, de forma a permitir que o tratamento seja instituído de imediato, de modo a deter a progressão das doenças e impedir

o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes. A figura abaixo mostra como a avaliação de risco de doenças bucais deve ser realizada para verificar a chance de desenvolvimento de doenças ou progressão de condições pré-existentes.

Figura: Tomadas de decisão para reduzir a chance de desenvolvimento ou progressão de Cárie Dentária, segundo a Declaração de Bangkok (adaptado)

Prevenção Primária	Prevenção Secundária	Prevenção Terciária
Intervenções amplas em nível da comunidade. Prevenção da doença em nível individual.	Controle efetivo de lesões iniciais antes da cavitação. Paralisação de lesões mais avançadas, quando possível	Procedimentos de controle de cárie não invasivos. Tratamento restaurador apropriado, preservando estrutura dentária

Fonte: Declaração de Bangkok (2018) - Cárie na Primeira Infância (adaptado).

Uma avaliação criteriosa que contemple o índice de placa, o índice de sangramento gengival, a investigação de doença periodontal (quando aplicável a adolescentes, adultos e idosos), bem como a análise em Cariologia, com identificação de lesões ativas e inativas não cavitadas e de lesões ativas cavitadas, constitui etapa fundamental no processo diagnóstico e no planejamento em saúde. Essa avaliação deve ser registrada de forma detalhada no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC/e-SUS), possibilitando o acompanhamento longitudinal do caso e adaptabilidade ao tratamento inicialmente proposto aos cuidadores e/ou às pessoas com deficiência com autonomia. A avaliação de lesões orais, como alterações de normalidade, úlceras traumáticas, aftas, manifestações bucais de doenças sistêmicas, bem como desordens potencialmente malignas, deve ser registrada para que haja adequado acompanhamento ou encaminhamento oportuno ao estomatologista da Rede de Atenção à Saúde Bucal (Rasb).

Em caso de adultos e idosos, também deve ser considerado que possam apresentar pessoas com deficiência apresentam doenças sistêmicas que contribuem para diminuição da capacidade tampão da saliva e do próprio fluxo salivar, aumentando assim o risco para doenças bucais, como a presença de lesões de cárie radicular e doença periodontal.

Outra condição prevalente são as lesões não-cariosas. As doenças bucais não cariosas são definidas como alterações do estado de normalidade (recessões gengivais, perda de esmalte, degradação dentinária, alteração do tecido conjuntivo pulpar, evolução de trincas dentais, lesões de abfração, entre outras alterações) com origem associada ao estilo de vida e hábitos específicos. Essas doenças não têm relação com o acúmulo de placa bacteriana (biofilme) e com o padrão de higiene bucal (BRASIL 2024).

O tratamento deve priorizar procedimentos conservadores, visando à manutenção dos dentes e evitando perdas desnecessárias. O cuidado inicial deve estar centrado na remoção da dor, de focos infecciosos e fatores retentivos de biofilme dentário. Dessa forma, a adequação do meio bucal é uma necessidade premente (ANDRADE et al., 2011).

No contexto de Odontologia de Mínima Intervenção, toda abordagem que visa manter o processo de perda mineral em nível subclínico e/ou interromper a progressão da lesão de cárie em nível clínico/radiográfico são medidas não operatórias preventivas (evitar novas lesões de cárie) e para o controle de lesões de cárie existentes (evitar a progressão). Abordagens não invasivas incluem medidas de higiene bucal como a escovação com dentífrico fluoretado, formas adicionais de uso de fluoretos, modificação da dieta, etc. (BRASIL, 2024 - Diretriz na APS: manejo de lesões profundas).

O Tratamento Restaurador Atraumático (ART) é reconhecidamente uma abordagem efetiva para tratar lesões de cárie cavitadas e o Ministério da Saúde tem material específico sobre essa abordagem terapêutica (BRASIL, MANUAL SESAI ART). Trata-se de uma técnica amplamente utilizada em pacientes com necessidade de adequação de comportamento em que se usa instrumentos manuais e não rotatórios, bem como pode ser lançada mão quando se é necessário fazer a adequação do meio bucal com escavação de diversas lesões de cárie com potencial de progressão. Além disso, por ser uma técnica de simples execução, permite que seja realizada em ações extramuros, como visitas domiciliares e atividades de promoção de saúde coletivas em escolas, instituições de longa permanência, entre outros.

A Pessoa com Deficiência (PcD) deve ter o tratamento odontológico essencial prioritariamente realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS).

É recomendado que as eSB, além da assistência odontológica preventiva-curativa, realizem a articulação com os outros pontos de atenção da RAS e atuem junto às equipes de referência e ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASFAB), visando:

- Planejar o atendimento clínico de forma a reduzir os fatores de estresse, como: atendimentos com hora marcada (tempo de espera mínimo); redução de ruídos no ambiente ambulatorial; e presença do cuidador ou responsável (previamente instruído), quando necessário, durante o manejo do comportamento e os procedimentos operatórios, pedindo auxílio para o posicionamento na cadeira odontológica e a comunicação com o usuário;
- Assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e mantê-la;
- Fazer o encaminhamento para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), quando houver necessidade;
- Manter o vínculo com a família e/ ou a pessoa com deficiência por meio de retornos programados à USF ou de visita domiciliar;
- Compartilhar com o profissional do CEO as informações sobre os atendimentos (dificuldades, peculiaridades do paciente, estratégias e relato dos fatos ocorridos);
- Manter sempre as relações entre as equipes para um cuidado integral, buscando continuamente formas de ampliar a oferta e a qualidade dos serviços prestados.

A interdisciplinaridade do cuidado é outro aspecto importante que compõe o atendimento a PcD na APS.

A pessoa com deficiência pode apresentar demandas específicas e o ambiente da atenção básica pode não ser suficiente para contemplar a sua demanda individual. Deverão ser encaminhadas ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) aquelas pessoas com necessidades especiais que não permitiram a realização de procedimentos devido ao seu déficit cognitivo ou as que apresentam comprometimentos sistêmicos que necessitem de recursos indisponíveis no serviço das UBS. O encaminhamento para o CEO será realizado a partir das UBS e das Unidades de Saúde da Família (USF).

8.5. Atenção Especializada Ambulatorial - Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

Na Atenção Especializada Ambulatorial, a RCPD contará com os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como ponto de apoio, buscando proporcionar atendimento integral e de qualidade às pessoas com necessidades especiais e ampliar a oferta de serviços às pessoas com deficiência, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.341, de 29 de junho de 2012, que criou incentivos adicionais para os CEO que fizerem parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Para aderir à Rede, todos os CEO credenciados pelo Ministério da Saúde podem solicitar um incentivo adicional, mas devem cumprir compromissos mínimos, tais como (BRASIL, 2012b):

- Disponibilizar 40 horas semanais de cadeira odontológica, no mínimo, para atendimento exclusivo das pessoas com deficiência. Deve-se lembrar de que há três tipos de CEO, o CEO tipo I (no mínimo 3 cadeiras), que devem totalizar 120 horas de funcionamento. O CEO tipo II (4 a 6 cadeiras), que devem totalizar no mínimo 160 horas e o CEO tipo III (7 ou mais cadeiras), que devem totalizar no mínimo 280 horas de atendimento.
- Realizar apoio matricial para as eSB da atenção básica de sua área de abrangência, no tocante ao atendimento e encaminhamento de pessoas com deficiência que necessitam de atendimento odontológico especializado.
- Garantir condições de acessibilidade e mobilidade nas instalações do CEO para as pessoas com deficiência.
- Prover o CEO com profissionais de saúde bucal capacitados para o atendimento odontológico de pessoas com deficiência.

Antes do encaminhamento ao CEO, os profissionais da APS devem realizar, dentro das possibilidades de manejo da situação sistêmica e do comportamento, adequação do meio bucal e educação em saúde das pessoas com deficiência.

Os usuários e/ou seus responsáveis ou cuidadores devem ser instruídos sobre os motivos e o funcionamento da referência, do local, dos horários e da documentação necessária. O agendamento será realizado a partir da referência da APS, por meio do sistema de regulação e da ficha de referência, que encaminhará a pessoa com deficiência ao CEO (BRASIL, 2008). A equipe da USF deve descrever os motivos do encaminhamento (se de ordem física, comportamental ou devido a risco à integridade física do usuário bem como do profissional).

Após o encaminhamento, os profissionais da atenção especializada prosseguirão com os atendimentos que se fizerem necessários.

As pessoas com deficiência serão encaminhadas e atendidas no CEO, seguindo os seguintes critérios para a referência:

- A eSB da APS enfrente dificuldade no manejo ou cuidado, após tentativa de atendimento;
- Pessoas que apresentam comprometimentos severos, impossibilitando o atendimento na USF, devido à complexidade de sua condição de saúde e/ou à dificuldade para o cuidado que necessite de recursos indisponíveis no serviço de atenção primária à saúde;
- Os usuários que não tenham condições de retornar à USF também poderão receber consultas de manutenção no CEO, mesmo após o tratamento finalizado.

Os usuários agendados no CEO devem comparecer à consulta, acompanhados por um responsável ou cuidador, na data e hora marcadas. Na primeira consulta, serão realizados o acolhimento, o esclarecimento sobre a forma de atendimento no CEO, a assinatura de autorização para a estabilização protetora (quando indicada), a anamnese, a história médica e odontológica (hábitos, dieta, medicação em uso, comportamento), a avaliação clínica e o planejamento do tratamento. Caso seja necessário, solicitar a avaliação médica da condição de saúde geral do indivíduo ou o diagnóstico da doença de base, quando houver.

Quando houver necessidade de atendimento de urgência, este deve ser realizado o mais breve possível, dentro das medidas de segurança, observando as comorbidades e as condições clínicas de cada usuário. Os cuidadores ou responsáveis serão orientados sobre a higiene bucal, a dieta saudável e a importância da prevenção e cooperação da família na promoção e manutenção da saúde.



Figura 7: Atendimento de urgência realizado em Centro de Especialidades Odontológicas - CEO com estabilização protetora e estabilização ativa da cabeça.

Fonte: Acervo pessoal.

É recomendado, sempre que possível, iniciar com procedimentos simples (escovação, profilaxia, adequação do meio bucal) antes dos procedimentos operatórios mais complexos (restaurações dentárias e exodontias). Algumas pessoas com deficiência necessitam de equipamento de estabilização e profissional com experiência no manejo clínico para realizar o atendimento com segurança.

Nas situações em que a PcD necessite de atendimento especializado para além de procedimentos básicos/ essenciais, ou seja, que apresente necessidades de tratamento endodôntico, periodontia especializada, cirurgia oral menor, avaliação estomatológica, dentre outras, deve ser priorizado o compartilhamento de responsabilidade com as demais especialidades do CEO (Figura 8).



Figura. Atendimento compartilhado do PcD para a realização de tratamento pelo endodontista do CEO.

Fonte: Acervo pessoal.

A definição do modelo de atenção, ambulatorial ou hospitalar, é feita pelo cirurgião-dentista do CEO, responsável pelo tratamento da pessoa com deficiência, de acordo com o plano terapêutico individualizado. Quando houver indicação de tratamento odontológico sob sedação ou anestesia geral, o usuário, a família e/ou cuidador ou responsável devem ser informados sobre os riscos, as expectativas de tratamento e os procedimentos que serão realizados no hospital, assim como a importância do cuidado em domicílio e dos retornos para a manutenção ambulatorial no CEO e na USF.

Anterior ao atendimento em ambiente hospitalar, é necessário que a pessoa com deficiência faça os exames complementares pré-operatórios e a avaliação médica clínica e pré-anestésica. O retorno pós-cirúrgico deve ser agendado no CEO, bem como programado o agendamento para a manutenção preventiva.

Após a alta na atenção especializada, é de extrema importância que o profissional do CEO realize a contrarreferência para a USF. Assim, o usuário continuará sendo acompanhado por uma eSB, preconizando a linha de cuidado integral.

Dentre as atribuições do CEO está o matriciamento para as equipes de APS e, em virtude disso, os profissionais do CEO devem estar sempre atualizados. O matriciamento aumenta a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, ampliando a rede de atendimento e melhorando a qualidade dos serviços prestados à pessoa com deficiência.

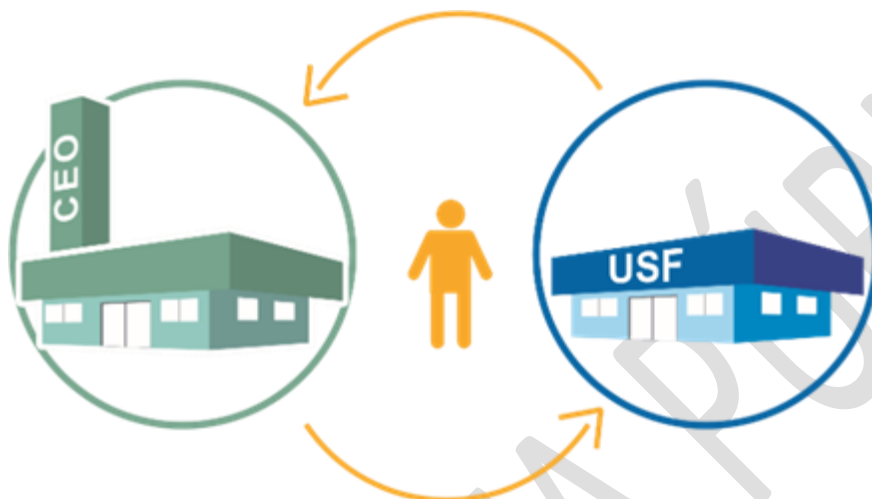


Figura 2 – Referência e contrarreferência das pessoas com deficiência - USF/CEO.

Fonte: Elaboração própria.

8.6. Serviços de Especialidades em Saúde Bucal - SESB

Os Serviços de Especialidade em Saúde Bucal (SESB) podem integrar a Rasb, garantindo o cuidado integral e inclusivo para todas as pessoas, com prioridade para a Pessoa com Deficiência. Tem o objetivo de ampliar a oferta de serviços especializados em saúde bucal para municípios de menor porte, pois são destinados a cidades com até 30 mil habitantes e pelo menos 75% de cobertura de saúde bucal na APS, visando suprir a ausência de CEO nessas localidades.

A Portaria GM/MS no 751, de 15 de junho de 2023 instituiu o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (SESB) como parte das ações estratégicas da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Esta portaria estabelece a criação de serviços especializados que visam atender demandas específicas de saúde bucal, integrando-se à rede de atenção primária e proporcionando um atendimento

mais abrangente e resolutivo. O SESB busca ampliar a capacidade de resposta do SUS às necessidades de saúde bucal da população, promovendo a continuidade do cuidado e a articulação entre os diferentes níveis de atenção. O novo equipamento tem como objetivo a expansão da oferta de serviços especializados odontológicos visando um atendimento abrangente. O SESB tem a capacidade de melhorar a resposta da Rede de Atenção às necessidades da população. O novo serviço reforça o compromisso de garantir o acesso à saúde bucal em regiões de vazios assistenciais nos estados. O foco é contribuir significativamente para o avanço na abrangência dos cuidados em odontologia, desempenhando um papel crucial nas cidades que ainda necessitam de um CEO local de referência, com dificuldades de atrair um profissional especialista e/ou com até 20 mil habitantes.

O Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (SESB) oferece tratamento especializado, como endodontia, periodontia especializada, cirurgia oral menor e diagnóstico de câncer de boca, além do cuidado de pacientes com necessidades especiais.

Para solicitar o credenciamento do SESB, os municípios precisam satisfazer os seguintes requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde:

- I - ter uma população de até 30.000 (trinta mil) habitantes, de acordo com a estimativa populacional calculada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, referente ao último ano disponível (Portaria GM/MS Nº 6.748, DE 19 DE março DE 2025);
- II - ter uma cobertura populacional estimada de saúde bucal na APS no município de, pelo menos, 75% (setenta e cinco por cento), conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB em vigor; e
- III - não ter um Centro de Especialidades Odontológicas - CEO credenciado no município.

O município pode oferecer, por meio do SESB, no mínimo duas e no máximo três das especialidades odontológicas listadas abaixo:

- Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais
- Dentística
- Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial
- Endodontia

- Estomatologia
- Implantodontia
- Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais
- Odontopediatria
- Ortodontia
- Ortopedia Funcional dos Maxilares
- Patologia Oral e Maxilofacial
- Periodontia
- Prótese Bucomaxilofacial
- Prótese Dentária

8.7. Atenção Domiciliar/Home Care.

A Atenção Domiciliar (AD) apresenta-se como ferramenta essencial para o cumprimento de princípios como a ampliação do acesso, o acolhimento, a equidade, a humanização e a integralidade do cuidado (DIAS et al., 2015, BRASIL, 2020). Na AD devem-se captar as demandas, a partir de escuta qualificada e do acolhimento, disponibilizando a melhor resposta possível para cada caso que se apresente à APS (BRASIL, 2020). No contexto do atendimento odontológico a pessoas em cuidados domiciliares, deve-se fazer programação de pelo menos duas visitas. Na primeira, a eSB deve verificar as necessidades de tratamento da Pessoa com Deficiência e averiguar a viabilidade de atendimento domiciliar, prevendo condições mínimas de biossegurança. Preferencialmente, um kart odontológico móvel seria ideal aos atendimentos. Quando não houver essa viabilidade, a equipe deve prever os materiais e insumos necessários ao atendimento clínico.

8.8 Atenção Especializada Hospitalar

No âmbito da assistência hospitalar, desde 2005, o Ministério da Saúde vem adotando uma série de medidas que possibilitam a expansão da oferta de serviços hospitalares às pessoas com deficiência. A exemplo, o cirurgião-dentista passou a emitir a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a partir da publicação da Portaria nº 1.032, de

5 de maio de 2010, que incluiu o procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento às pessoas com necessidades especiais (BRASIL, 2010b). Destaca-se também a ampliação do acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim, conforme o art. 22 da Seção III do Capítulo II do Anexo VI da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a).

As pessoas com deficiência que tiverem dificuldade em receber seu cuidado na APS e no CEO, devido às suas necessidades mais complexas e/ou à impossibilidade de manejo comportamental, precisam de assistência em âmbito hospitalar. Estas condições específicas exigem abordagem odontológica sob anestesia geral ou sedação para permitir ao cirurgião-dentista a resolução do problema bucal com segurança (CASTRO et al., 2010).

Outra condição fundamental da atenção em ambiente hospitalar é a possibilidade de suporte médico para eventuais doenças sistêmicas associadas à deficiência em questão. Além deste suporte profissional, a disponibilidade de equipamentos e exames complementares da unidade hospitalar permite o manejo da pessoa com deficiência com maior segurança, em condições específicas.

O cirurgião-dentista deverá ter conhecimento da rotina de funcionamento do centro cirúrgico, das peculiaridades do ambiente e da logística para que possa melhor desenvolver suas atividades no ambiente hospitalar (ROCHA; SHINOHARA, 2012).



Figura 9. Atendimento da pessoa com deficiência em centro cirúrgico.

Fonte: acervo pessoal.

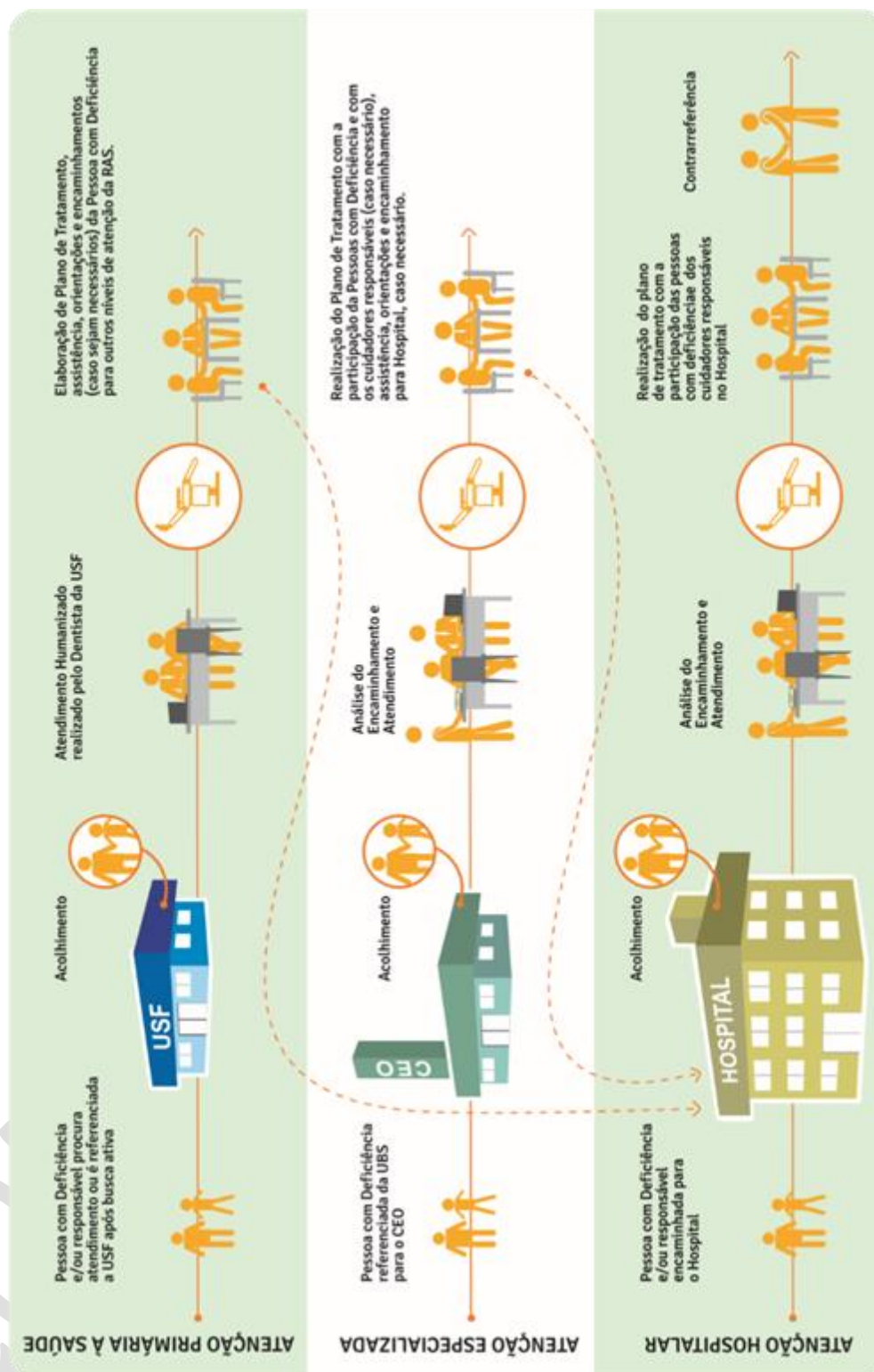
Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.032, de 5 de maio de 2010, financia tratamento odontológico em ambiente hospitalar para Pacientes com Necessidades Especiais ou Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2010b).

Reforça-se que, independente do ponto da RAS que a pessoa com deficiência é atendida, qualquer procedimento ou tratamento odontológico só deve iniciar após o consentimento prévio do usuário ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012; BRASIL, 2015b).

Segundo o Estatuto da Pessoa com Deficiência, “a pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada”. E “em caso de pessoas com deficiência em situação de curatela, deve ser assegurada sua participação, no maior grau possível, para a obtenção de consentimento” (BRASIL, 2015b).

Figura 3 – Fluxograma de referência das pessoas com deficiência na Rede de Atenção à Saúde.

FLUXOGRAMA DE REFERÊNCIA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA RAS



Fonte: Autoria própria - Departamento de Saúde da Família (DESF).

8.9 Urgências e Emergências Odontológicas para pessoas com deficiência

No SUS, a regulamentação do atendimento em urgências odontológicas para pessoas com deficiência está prevista na Rede de Cuidados à Pessoa com

Deficiência (RCPD), que visa o acesso ampliado a tratamentos de saúde bucal, incluindo urgências e emergências, através de equipes capacitadas e instalações adaptadas nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Entretanto, a resolução de urgências e emergências odontológicas para PcD pode impor desafios no contexto da Rede de Atenção à Saúde Bucal - RASB.

Conceitualmente, emergências configuram situações que potencializam o risco de morte ao paciente. Em odontologia, trata-se de sangramentos não controlados de origem buco-dental; celulite ou infecções bacterianas difusas, com aumento de volume (edema) de localização intra-oral ou extra-oral, e potencial risco de comprometimento da via aérea dos pacientes; traumatismo envolvendo os ossos da face, com potencial comprometimento da via aérea do paciente (CFO, ADA). Tais situações geralmente são direcionadas para atendimento em âmbito hospitalar devido a gravidade da própria situação.

As urgências são situações que determinam prioridade para o atendimento, mas não potencializam o risco de morte ao paciente. O atendimento da situação de urgência odontológica pode ser entendido como a adoção de medidas rápidas que têm por objetivo aliviar os sintomas dolorosos, traumáticos e/ou infecciosos da cavidade bucal. Essa condição que o paciente apresenta deve, portanto, ser tratada de forma iminente. Rotineiramente, as urgências odontológicas são direcionadas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

As pessoas com deficiência que procuram Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Pronto Socorro (PS) odontológico por situação de urgência devem ter a sua queixa resolvida de maneira efetiva. No SUS, a regulamentação do atendimento de urgências odontológicas garante acesso à população por meio de legislação que assegura a saúde bucal como direito. A porta de entrada é, preferencialmente, a Unidade Básica de Saúde (UBS) (Lei nº 14.572/2023).

As pessoas com deficiência que procuram a UBS em situação de urgência odontológica deverão passar por atendimento no qual a equipe de saúde faz o acolhimento e a triagem. Mediante a escuta qualificada, será definida a conduta adequada, que deverá ser o atendimento imediato para os casos agudos que podem ser solucionados na própria UBS. (<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo+de+Atendimento+Odontol%C3%A9gico+em+Situa%C3%A7%C3%A3o+de+Urg%C3%AAncia>)

3%B3gico+%C3%A0s+Pessoas+com+Defici%C3%A2ncia+%281%29.pdf/7f82a8ab-0751-420d-5801-331fca43b76e?t=1698232957135, acesso em 28/09/2025).

Nas situações em que a pessoa com deficiência não puder receber atendimento de urgência na UBS devido à complexidade da sua condição, comprometimentos sistêmicos, ou quando apresentar limitações em cooperar durante a consulta em que o manejo de comportamento não permitir o atendimento odontológico seguro, a equipe da UBS fará o contato imediato com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), outros serviços habilitados, por exemplo, SESB ou outros pontos da RASB como Unidades de Pronto Atendimento - UPA ou hospitais, a fim de verificar a possibilidade de acolhimento na maior brevidade possível para condução do atendimento de urgência. Nestes locais, o atendimento é adaptado e, se necessário, pode envolver a participação ativa de um responsável ou cuidador.



Figura 10: Atendimento no CEO com a participação ativa da cuidadora.

Foto: Acervo pessoal.

Como exemplo, pode-se citar uma pessoa com deficiência com Transtorno do Espectro Autista (TEA), nível 3 de suporte, que procura atendimento odontológico em demanda espontânea e apresenta necessidade de intervenção imediata. Nesses casos, a Atenção Primária à Saúde (APS) pode não dispor de condições estruturais, técnicas ou de recursos humanos suficientes para realizar o atendimento de forma segura e resolutiva. Assim, torna-se necessária a articulação com a Atenção Especializada, por meio do encaminhamento imediato para um cirurgião-dentista capacitado em manejo de pacientes com necessidades especiais, ou, em situações que envolvam risco aumentado ou procedimentos invasivos, a avaliação da viabilidade de atendimento em Centro Cirúrgico no âmbito da atenção odontológica hospitalar.

Quando as técnicas de manejo de comportamento, incluindo a estabilização protetora realizada com a ciência, o consentimento e a participação de um responsável ou cuidador, não permitirem o atendimento odontológico seguro, outras estratégias poderão ser utilizadas. Uma estratégia é a sedação, que quando realizada de forma segura, pode facilitar o processo de atendimento odontológico em usuários que apresentam limitações em cooperar durante a consulta, podendo ter maior aceitação e tolerância quando comparada a outras abordagens (SEBASTIANI; DYM; WOLF, 2016). Informações adicionais acerca da sedação serão apresentadas em capítulo específico adiante neste guia.

Outra abordagem que pode ser indicada para o atendimento de urgência de pessoa com deficiência é a anestesia geral em centro cirúrgico, a depender de levar em consideração as condições sistêmica, bucal e comportamental do usuário como critérios de encaminhamento. O atendimento odontológico da pessoa com deficiência sob anestesia geral em centro cirúrgico será abordado em capítulo específico adiante neste guia.



Figura. Atendimento da pessoa com deficiência sob anestesia geral em centro cirúrgico.

Fonte: Acervo pessoal.

9. Atenção odontológica à pessoa com transtornos do desenvolvimento intelectual

O Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, também conhecido como Deficiência Intelectual (DI), é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits significativos em habilidades intelectuais e adaptativas que começam antes dos 18 anos. Isso resulta em dificuldades no raciocínio, na solução de problemas e no aprendizado, além de desafios em atividades cotidianas como autocuidado, comunicação e socialização. A DI é compreendida como um transtorno do neurodesenvolvimento, sendo caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, manifestadas nos domínios conceitual, social e prático, com início durante o período de desenvolvimento (AAIDD, 2021; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

A DI resulta de alterações cerebrais decorrentes de fatores genéticos, metabólicos, infecciosos, traumáticos ou de condições ocorridas no período pré, peri ou pós-natal e podem estar associadas à sua origem. Assim, reconhece-se que essa deficiência pode resultar de uma complexa interação entre determinantes biológicos, ambientais e sociais. Essa perspectiva amplia a compreensão biomédica tradicional, enfatizando que a funcionalidade e a participação da pessoa dependem também de apoios contextuais e sociais adequados (WHO, 2023).

Quadro 1 - Principais fatores etiológicos da Deficiência Intelectual (DI).

CATEGORIA	SUBCATEGORIA/ TIPO	MECANISMO/ CARACTERÍSTICA	EXEMPLOS/ OBSERVAÇÕES
Genética	Erros inatos do metabolismo	Acúmulo de metabólitos tóxicos causando disfunção cerebral e comportamental	Fenilcetonúria, Síndrome de Lesch-Nyhan, Doença de Niemann-Pick, Doença de Hunter, Doença de Hurler, Doença do xarope de bordo, Hartnup, Homocistinúria, Galactosemia
	Defeito do desenvolvimento neural	Mutação gênica afetando expressão de	Síndrome do X frágil, Neurofibromatose tipo 1, Rett, Pitt-Hopkins, Smith-Magenis, Esclerose Tuberosa (TSC1, TSC2)

		fatores de transcrição ou migração neural	
	Neurodegeneração	Perda progressiva de função neuronal levando à deficiência intelectual	Síndrome de Rett (MeCP2), outras síndromes genéticas com declínio cognitivo (ex: deleção 22q11.2 / Síndrome de DiGeorge)
	Anomalias cromossômicas	Alteração no número ou estrutura dos cromossomos, levando alterações no desenvolvimento cerebral e sistêmico	Síndrome de Down (trissomia 21), síndrome de Edwards (trissomia 18), síndrome de Patau (trissomia 13), síndrome de Turner, síndrome de Klinefelter, dentre outros
Ambiental / Pré-natal	Exposição a toxinas	Substâncias teratogênicas interferem no desenvolvimento neural fetal	Álcool (Síndrome alcoólica fetal), opioides, cocaína, certos medicamentos teratogênicos
	Infecção materna	Infecção durante a gestação afeta o desenvolvimento fetal	Rubéola, HIV, citomegalovírus, sífilis, toxoplasmose, tuberculose
	Condições médicas maternas	Doenças ou complicações não controladas afetam oxigenação e metabolismo fetal	Diabetes pré-gestacional, hipertensão, asma, infecções urinárias, obesidade, desnutrição
	Complicações obstétricas	Anóxia ou trauma durante o parto pode	Placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, prolapso de cordão umbilical, prematuridade, baixo peso ao

		causar lesão cerebral	nascer, pequeno para idade gestacional (PIG)
	Exposição a agentes físicos (radiações, calor, trauma)	Agressões físicas ou térmicas que afetam o desenvolvimento neural e estrutural fetal	Radiações ionizantes (raios X, radioterapia): mutações e malformações; hipertermia materna: defeitos do tubo neural; trauma abdominal: hipóxia e hemorragias fetais
Ambiental / Pós-natal	Trauma e infecção	Lesões cerebrais ou doenças infecciosas afetam o desenvolvimento cognitivo	Traumatismo craniano, encefalite, meningite, tumores intracranianos, neurocisticercose (larva da <i>Taenia solium</i>) Afogamento, politraumatismos, choque elétrico, asfixia, quedas
	Exposição a toxinas e desnutrição/ condições metabólicas	Substâncias tóxicas ou deficiência nutricional prejudicam o desenvolvimento	Icterícia grave (kernicterus), deficiência de micronutrientes, exposição a metais pesados, intoxicações diversas

Fonte: Adaptado de Lee, Cascella e Marwaha (2023).

9.1. Características bucais

Pessoas com DI apresentam maior vulnerabilidade a agravos bucais, mas o determinante principal não é biológico, e sim social, comportamental e de acesso ao cuidado. Nesse contexto, destaca-se o papel de fatores como barreiras de acesso aos serviços odontológicos, baixa capacitação profissional, dependência do cuidador e dificuldades de comunicação e comportamento (ALWADI et al., 2024).

Estudos evidenciaram maior prevalência de traumatismo dentário, bruxismo, má oclusão e alterações de erupção dentária em indivíduos com deficiência DI, quando comparados à indivíduos normotípicos (CABRITA; BIZARRA; GRAÇA, 2017; ROBERT et al., 2024). A Figura 1 apresenta um caso de má oclusão e alterações de erupção dentária em uma criança com DI. A presença de má oclusão pode estar associada a distúrbios neuromusculares e padrões funcionais inadequados de

respiração, mastigação e deglutição (D'ONOFRIO, 2019). A ocorrência de má oclusão exige estratégias específicas de prevenção, acompanhamento e reabilitação (DORIGUETTO et al., 2019; KHAN et al., 2024).

Figura 1 - Má oclusão e alterações de erupção dentária em uma criança com DI.



Fonte: Acervo pessoal.

As alterações bucais em pessoas com DI apresentam-se de forma variada, dependendo do grau de comprometimento neuropsicomotor e da necessidade de apoio para o autocuidado. São condições relacionadas, sobretudo, à dificuldade de manutenção da higiene bucal e ao nível de conscientização e conduta dos cuidadores ou responsáveis (PEREIRA et al., 2025).

A limitação da destreza manual frequentemente observada nesses indivíduos com DI compromete a realização adequada da higiene bucal, favorecendo o acúmulo de biofilme dentário (SZMIRNOVA et al., 2025). A Figura 2 mostra um caso de acúmulo de biofilme dentário e gengivite em pessoa com DI e limitação da destreza manual (A) e o aspecto após a remoção do biofilme por meio da escovação (B).

Figura 2 - A) Acúmulo de biofilme dentário e gengivite em uma pessoa com DI e limitação da destreza manual. B) Aspecto após remoção do biofilme por meio da escovação.

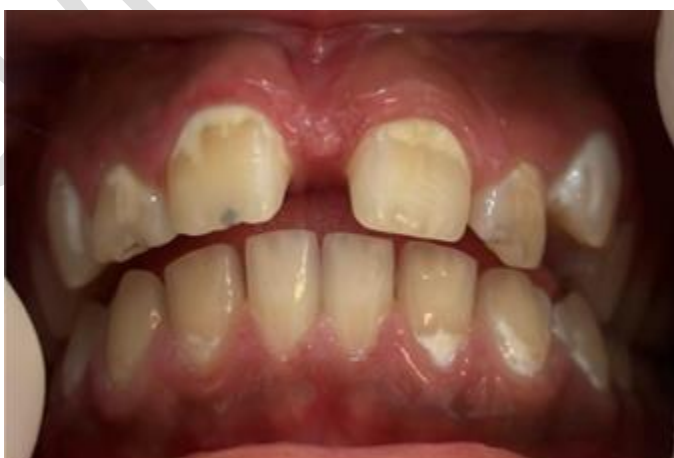


Fonte: Acervo pessoal.

As doenças cárie e periodontal continuam sendo os agravos mais prevalentes nesse grupo. São frequentemente associados à dieta cariogênica, má remoção do biofilme, acesso limitado a fluoretos, uso de medicamentos que ocasionam baixo fluxo salivar e barreiras no acesso aos serviços odontológicos (WARD et al., 2019; FIGUEIREDO et al., 2024).

O desenvolvimento das lesões de cárie nos indivíduos com DI depende de diversos fatores, tais como idade, nível de deficiência, se são institucionalizados ou não, técnica de higiene bucal aplicada pelo indivíduo ou cuidador, grau de destreza manual, falta de concentração no momento da escovação e primordialmente exposição/frequência de ingestão de açúcares fermentáveis. De acordo com Alzahrani e Bhat (2024), quanto maior a gravidade do comprometimento neuropsicomotor, maiores são os escores de dieta, frequência e suscetibilidade, sugerindo maior risco de desenvolver lesões de cárie. A figura 3 mostra a doença cárie ativa em um adolescente com DI.

Figura 3 - Doença cárie ativa em um adolescente com DI.



Fonte: Acervo pessoal.

Estudos de revisão sistemática e metanálise sobre a avaliação da condição de saúde bucal de crianças e adolescentes com este tipo de deficiência evidenciaram que indivíduos com DI apresentavam níveis maiores de acúmulo de biofilme nas superfícies dentárias e piores condições gengivais que indivíduos sem DI (ZHOU et al., 2017; METHA et al., 2024).

9.2. Alterações Bucais X Condições Sistêmicas

Os pacientes com deficiência podem apresentar alterações e lesões em mucosa bucal relacionadas ao uso de determinados fármacos ou por distúrbios sistêmicos, neurológicos e comportamentais. Dentre as alterações pode-se citar: candidíase, estomatites, úlceras traumáticas, hiperplasia gengival, entre outras (MEDRADO et al., 2015; MONTE; FURTADO, 2023; CAMARGO, 2024).

Devido a disfunções na mastigação e/ou deglutição, uso de medicamentos que desequilibram a microbiota bucal e higiene bucal muitas vezes inadequada em pessoas com DI, pode ocorrer a alteração desta microbiota, predispondo o crescimento de micro-organismos oportunistas, como a *Candida albicans*, resultando no estabelecimento de alterações como a candidíase (CAMARGO, 2024).

A estomatite aftosa recorrente ou ulcerações podem estar associadas a alterações imunológicas e/ou fatores locais como trauma, estresse, ingestão de alimentos ácidos, uso de determinados fármacos, alterações hormonais, deficiência de vitaminas e agentes infecciosos (MEDRADO et al., 2015).

Os traumas em mucosa bucal podem ser advindos das desordens neuropsicomotoras, do manejo inadequado da escova e do fio dental, além de traumatismos repetitivos e até auto-induzidos em determinadas áreas da mucosa pelo paciente (MEDRADO et al., 2015).

A prevalência de alterações bucais nesses indivíduos pode ser potencializada pela presença concomitante de doenças sistêmicas que impactam significativamente a cavidade bucal. Dentre as doenças sistêmicas, podemos destacar o diabetes mellitus (DM). Em indivíduos com DM descompensada e controle glicêmico inadequado, a hiperglicemia crônica é capaz de desencadear um estado de inflamação sistêmica, contribuindo para o

aumento da suscetibilidade e agravamento das doenças periodontais (POLAK et al., 2020; ZHAO et al., 2023). É sabido ainda que doença periodontal e diabetes mellitus mantêm uma relação bidirecional: o diabetes piora a saúde periodontal e as doenças periodontais dificultam o controle glicêmico (SANZ et al., 2018).

Estudos indicaram uma elevada prevalência de doença periodontal em indivíduos com DI (VETORAZZO et al., 2020; ALZAHRANI, 2024). Processos infecciosos na cavidade bucal, como as doenças periodontais, promovem alterações orgânicas mediadas pela microbiota periodontopatogênica, desencadeando respostas imuno-inflamatórias marcadas pela elevação de citocinas pró-inflamatórias, como IL-1 β , TNF- α , IL-6 e IL-17. Essas citocinas contribuem não apenas para a inflamação local e a destruição tecidual, incluindo a perda óssea alveolar característica da periodontite, mas também para o aumento sistêmico de mediadores inflamatórios, influenciando processos degenerativos e a inflamação em órgãos distantes (NEURATH; KESTING, 2024; CHANDRA et al., 2025).

Por exemplo, é observada a relação entre a periodontite e o risco aumentado de doença cardiovascular (TONETTI; VAN DYKE, 2013). Assim, ressalta-se a importância do diagnóstico periodontal e manejo adequado das diferentes manifestações clínicas, com vistas ao controle da saúde bucal e sistêmica (VETORAZZO et al., 2020; ALZAHRANI, 2024).

Nas pessoas com DI, as doenças bucais podem ser agravadas pelo uso de medicamentos para controle de condições/doenças. Determinados medicamentos causam redução do fluxo salivar, resultando em hipossalivação e comprometendo a hemostasia bucal (FLOOD, 2018; FORTUNA et al., 2023). A hipossalivação piora a condição dental, favorecendo o desenvolvimento de doenças bucais e impactando negativamente a qualidade de vida dos indivíduos acometidos (SOARES et al., 2021).

O uso de medicamentos também poderá estar associado ao desenvolvimento de hiperplasia gengival em pessoas com DI e controle inadequado do biofilme dentário. A hiperplasia gengival medicamentosa caracteriza-se pelo crescimento anormal do tecido gengival decorrente do uso de determinadas drogas sistêmicas, principalmente anticonvulsivantes, imunossupressores e bloqueadores de canais de cálcio. Essa condição está associada à presença de placa bacteriana, inflamação gengival e fatores genéticos predisponentes, podendo comprometer a estética e a saúde periodontal, como é possível observar na Figura 4 (MONTE; FURTADO, 2023). A Figura 4 mostra hiperplasia gengival

em um paciente com DI em uso de fenobarbital e controle inadequado do biofilme dentário.

Figura 4 - Hiperplasia gengival em um paciente com DI em uso de fenobarbital e com controle inadequado do biofilme dentário.



Fonte: Acervo pessoal.

A saúde bucal deve ser avaliada criteriosamente e com periodicidade, uma vez que ocorre a interferência na saúde geral e comportamental das pessoas com deficiência. Programas de saúde bucal devem contemplar a motivação para o controle mecânico efetivo do biofilme dentário pelos próprios indivíduos e/ou por seus cuidadores ou responsáveis, dependendo do nível da DI (SZMIRNOVA et al., 2025).

9.3. Cuidados Específicos

Os cuidados específicos em odontologia indicados para as pessoas com DI dependem do nível da DI, dos comprometimentos sistêmicos associados, bem como da sua relação com os cuidadores ou responsáveis. São questões que devem ser consideradas individualmente e registradas no prontuário do usuário.

Idealmente, estratégias de prevenção devem ser implementadas, priorizando a educação em saúde bucal, orientação de dieta, controle mecânico do biofilme, acompanhamento periódico e adaptação das intervenções às capacidades individuais, a fim

de reduzir o risco de cárie, doença periodontal e outras complicações orais e sistêmicas (SZMIRNOVA et al., 2025).

A saúde bucal é um aspecto fundamental para a saúde geral do organismo e é igualmente importante para as pessoas com deficiência (SAMPATHKUMAR et al., 2025). Assim, faz-se necessário orientar e reforçar as estratégias de prevenção de doenças bucais devido ao acometimento por agravos bucais com mais frequência nessa população (MISRABI et al., 2025). Dentre as estratégias estão: orientar o usuário e a família quanto a realização da higiene bucal diária com uso de escova de dentes, creme dental fluoretado e fio dental, que deve ser realizada principalmente após as refeições; realizar a orientação dietética com vistas à redução de alimentos açucarados e cariogênicos na alimentação; e programar consultas odontológicas periódicas (SAMPATHKUMAR et al., 2025).

Para a higiene bucal do usuário, quando necessário, é possível utilizar escova de dentes com adaptadores no cabo para facilitar a apreensão pelo próprio usuário, ou escovas elétricas e o fio dental modificado (PORTELA et al., 2021; MOLINA et al., 2022; ROSIN et al., 2022). Além disso, alguns recursos facilitadores podem ser empregados para a manutenção da abertura da boca do usuário durante a realização da higiene bucal, como, por exemplo, dedeiras de acrílico; abridores de boca adaptados confeccionados com espátulas de madeira e gaze; e passa-fio (HARTWIG et al., 2018).

Em relação ao uso diário de flúor tópico em dentifrícios, recomenda-se o uso de pequenas quantidades na escova, sempre sob supervisão, para evitar a ingestão pelo usuário. Quando indicado o uso eventual de clorexidina 0,12% para controlar a microbiota bucal e auxiliar no tratamento de doenças bucais associadas, orientar sempre o uso supervisionado (PORTELA et al., 2021; RISEMBERG et al., 2021). Para pessoas que não conseguem bochechar e cuspir, a aplicação da clorexidina 0,12% pode ser realizada com a própria escova de dentes ou friccionada com gaze, respeitando o tempo de indicação de uso (RIBEIRO et al., 2020). A combinação do uso de escovas adaptadas, ou escovas elétricas, e a aplicação adjuvante de clorexidina 0,12% no controle do biofilme em crianças e adolescentes com DI auxilia na redução de biofilme dentário e controle de doenças bucais associadas (SAHAI et al., 2025).

Além de instruir sobre a dieta saudável, com redução de alimentos açucarados, é necessário dar atenção aos medicamentos de uso diário, que também podem apresentar açúcares em sua composição. O uso contínuo de medicamentos orais contendo açúcares

fermentáveis, associado à falta de higiene bucal, constitui um fator de risco significativo para o início e a progressão da cárie dentária (MELO et al., 2025). Formulações farmacêuticas com baixo pH e alta acidez, usadas com frequência e por longos períodos, têm potencial para produzir lesões erosivas nos dentes. A alta concentração de sacarose nesses medicamentos, bem como o uso noturno e a falta de higiene após sua administração, são alguns fatores que podem contribuir para o potencial cariogênico dessas formulações (MAHMOUD; OMAR, 2018).

Dentre os cuidados necessários relativos ao uso de medicamentos, pode-se mencionar a verificação do uso de sedativos, ansiolíticos, antiepiléticos e anticonvulsivantes, que podem provocar alterações bucais como diminuição salivar e hiperplasia gengival. Entre os medicamentos pode-se citar: medicamentos à base de fenitoína, ácido valpróico ou valproato de sódio, fenobarbital, carbamazepina, oxcarbazepina e vigabatrina, além de bloqueadores de canais de cálcio, como a nifedipina, felodipino, anlodipina e diltiazem, e imunossupressores, como a ciclosporina (DROZDZIK, 2023; MONTE, 2023; PALMIERI et al., 2024; MISRABI et al., 2025; WOLF et al., 2017; OSTROWSKA et al., 2025).

O tratamento da hipossalivação deve ser individualizado, envolvendo desde medidas simples de estimulação mecânica salivar até protocolos farmacológicos mais complexos. Fármacos como betanecol, pilocarpina e cevimelina podem ser eficazes, embora apresentem limitações devido a seus efeitos adversos, interações medicamentosas e contraindicações em condições clínicas como, por exemplo, úlcera péptica, transtornos psiquiátricos, doenças cardíacas e pulmonares. Alternativamente, o uso de saliva artificial oferece alívio, porém de curta duração e alto custo. Assim, o controle da hipossalivação permanece predominantemente paliativo, com resultados transitórios. Mais recentemente, a fotobiomodulação com laser de baixa intensidade (laserterapia) e a terapia com neuroestimulação elétrica transcutânea tem se destacado como abordagens não invasivas e eficazes, promovendo aumento do fluxo salivar, alívio da sensação de boca seca e melhora da qualidade de vida (PUJANTE, PONS-FUSTER, LOPEZ-JORNET, 2022; MELO et al.; 2025).

A fotobiomodulação com laser de baixa intensidade (laserterapia) também é uma alternativa viável para estimular o processo de reparo e diminuir a queixa álgica de lesões em mucosa bucal dos pacientes com deficiência. Devido aos seus efeitos analgésicos, anti-

inflamatórios e bioestimulantes, a laserterapia é amplamente utilizada. Apresenta-se como um método não invasivo e não medicamentoso que pode desempenhar um papel importante no tratamento de doenças bucais, como úlceras (BARROS; CATAO, 2022). A figura 5 apresenta o registro de um caso executado em CEO com uso da fotobioestimulação (laserterapia) para tratamento de lesão ulcerada traumática em lábio inferior de um paciente com DI.

Figura 5 - Lesão ulcerada traumática em mucosa labial de paciente com DI severa, devido à mordedura involuntária do lábio inferior (A). Lesão tratada com laserterapia após uma semana, com melhora do quadro clínico (B).



Fonte: Acervo pessoal.

O tratamento da hiperplasia gengival medicamentosa envolve a avaliação médica para possível ajuste da medicação, intervenção cirúrgica quando indicada e rigorosa higiene bucal. A implementação precoce de um programa preventivo de controle de biofilme durante o uso do medicamento pode reduzir significativamente a incidência e gravidade da hiperplasia gengival associada à medicamentos (DANTAS et al., 2021; MONTE; FURTADO, 2023).

Também vale mencionar a atenção para cuidados especiais em usuários com condições cardíacas que apresentem vulnerabilidade à endocardite infecciosa, principalmente em procedimentos que envolvam a manipulação de tecido gengival, da

mucosa oral, da região periapical ou extrações dentárias (AMIRIA, 2025; KUSSAINOVA, 2025). Para mais informações, sugere-se consultar as diretrizes mais atuais da American Heart Association (<https://www.ahajournals.org/>).

Para a manutenção do cuidado da saúde bucal da pessoa com DI é recomendado marcar consultas de retorno periódico para execução de exame clínico e orientações de prevenção em intervalos programados, que podem ter tempos variáveis dependendo do risco de desenvolvimento de doenças bucais (AMARACENA et al., 2023; EL-SAYED, 2024). A Figura 6 mostra dois momentos do atendimento odontológico de uma criança com DI em acompanhamento regular na UBS com intervalos quadrimestrais. A consulta inicial foi em 2021, e a consulta de retorno em 2025, evidenciando a melhora na condição de saúde bucal promovida pelo acompanhamento periódico do paciente com DI.

Figura 6 - Acompanhamento odontológico de uma criança com DI em intervalos periódicos na UBS A) Consulta inicial em 2021. B) Consulta de retorno em 2025.



Fonte: Acervo pessoal.

9.4 Estratégias de Manejo do Comportamento

O sucesso do tratamento odontológico depende do estabelecimento de vínculo entre o profissional, o usuário e a família. Os pacientes com deficiência podem apresentar reações físicas adversas, como movimentos involuntários, hipersensibilidade tátil, resposta mais intensa aos estímulos do ambiente odontológico (PEREIRA et al., 2023)

A abordagem e manejo do comportamento para o tratamento odontológico dependem do nível de compreensão e colaboração do usuário. Além disso, é importante reconhecer o perfil psicológico do paciente levando em consideração sua idade cronológica e cognitiva (COUTO et al., 2023, BIASOTTO et al., 2024, PEREIRA et al., 2023, PORTELA et al., 2021).

Existem várias estratégias de manejo do comportamento que podem ser farmacológicas ou não farmacológicas. O manejo do comportamento tipo não farmacológico envolve a comunicação não-verbal, controle da voz, dizer-mostrar-fazer, reforço positivo, dessensibilização, estabilização ativa e musicoterapia. Já o manejo farmacológico do comportamento envolve a sedação via inalatória e sedação via oral (COUTO et al., 2023).

A DI pode dificultar o tratamento odontológico ambulatorial. Assim, pacientes com DI podem apresentar necessidades acumuladas de tratamento odontológico (Figura 7) em várias especialidades (SZMIRNOVA et al., 2025).

Figura 7 - Paciente com DI com necessidades odontológicas acumuladas.



Fonte: Acervo pessoal.

Nos casos em que as técnicas de manejo supracitadas não são suficientes para permitir um atendimento adequado e seguro, pode-se lançar mão do uso de sedação intravenosa ou da anestesia geral em ambiente hospitalar (GALLOTTINI, 2023).

10. Atenção Odontológica à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – TEA

10.1. Aspectos gerais do TEA

10.1.1 Histórico e Epidemiologia

Em 2013, a American Psychiatric Association reconheceu no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) o Transtorno do Espectro Autista (TEA), dividindo em 3 níveis de gravidade, sendo o nível 1 um indivíduo que necessita de apoio básico, nível 2 que exige apoio substancial e nível 3 já necessita de apoio muito substancial, em que o indivíduo não consegue lidar com mudanças e tem comportamentos repetitivos e restritos que interferem em todos os âmbitos de sua vida. Indivíduos com TEA apresentam dificuldades ao se comunicar, dificuldade em iniciar ou manter interações sociais, dificuldade de adaptação a situações novas, e dificuldade de mudar o foco ou mudar suas ações e rotinas. O diagnóstico do TEA pode ser realizado desde as idades mais jovens, utilizando as escalas padronizadas ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule), para observação clínica, e ADI-R (Entrevista Diagnóstica de Autismo - Revisada), para entrevista clínica, que são as consideradas padrão ouro. (Wang, 2025; Slevin et al., 2024).

A taxa de prevalência de TEA do Centers for Disease Control and Prevention (CDCP) em 2025 indica a prevalência de 1/31 crianças, entre 8 anos de idade, sendo que o sexo masculino apresenta 3 vezes mais que o número de pessoas do sexo feminino, podendo ocorrer em qualquer raça, etnia e grupo socioeconômico. Também mostra que 1/6 crianças entre 3-17 anos foram diagnosticadas com transtornos de desenvolvimento, incluindo TEA, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade, paralisia cerebral, e outros transtornos de desenvolvimento. (Shaw et al., 2025; Zablotsky et al., 2019)

No Brasil, o Censo Demográfico conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2022 trouxe um marco importante para a compreensão da realidade das pessoas com TEA no Brasil, ao incluir pela primeira vez a investigação específica sobre esse diagnóstico, em cumprimento à Lei 13.861/2019. Os dados divulgados em maio de 2025 revelaram que cerca de 2,4 milhões de brasileiros com 2 ou mais anos de

idade declararam ter recebido diagnóstico de autismo, número que corresponde a 1,2% da população nacional (IBGE, 2025).

Ainda de acordo com os dados do IBGE (2025), a prevalência foi maior entre os homens (1,5%), totalizando cerca de 1,4 milhões, em comparação com as mulheres (0,9%), equivalente a aproximadamente 1 milhão. Entre os estudantes com 6 ou mais anos, 760,8 mil foram diagnosticados com TEA, representando 1,7% da população nesta faixa etária com concentração majoritária na faixa de 6 a 14 anos. Este último dado chama a atenção já que este grupo está acima da média da população geral (1,2%), sugerindo que os percentuais mais elevados podem ser explicados por uma maior identificação ou diagnóstico nessa faixa etária, possivelmente devido à maior exposição ao sistema educacional e social.

Esse levantamento inaugurou uma base estatística inédita no país, permitindo visibilidade social e a possibilidade de formulação de políticas públicas mais efetivas voltadas ao acolhimento, ao cuidado e à inclusão das pessoas com TEA e suas famílias. A disponibilização desses dados evidencia um avanço não apenas metodológico, mas também social, na medida em que reconhece a relevância do tema e cria condições para a construção de estratégias intersetoriais de saúde, educação e proteção social fundamentadas em evidências (IBGE, 2025).

A última revisão do DSM (DSM-V) desconsiderou as categorias Autismo, Síndrome de Asperger, Transtorno Desintegrativo e Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação, designando todos como TEA, dividindo apenas as avaliações de acordo com a intensidade dos sintomas, sendo leves, moderados ou severos, todos unindo o diagnóstico como Espectro do Autismo (American Psychiatric Association, 2014). Está em vias de publicação a versão mais recente, que é a DSM-VI. Abaixo é apresentado um fluxograma esquemático da evolução da nomenclatura do TEA.



Fonte: Elaboração própria.

10.1.2 Definição

O TEA é um distúrbio multifacetado do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação social, incluindo reciprocidade social, comportamentos não verbais e dificuldade na manutenção de relacionamentos, e por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Hodis, B. 2025). O diagnóstico é formalmente estabelecido com base nos critérios do DSM-V-TR, que também unificou diagnósticos como autismo clássico, síndrome de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified) PDD-NOS dentro de um espectro único.

Estima-se que o TEA afete cerca de 1% da população mundial, embora taxas variem entre países e possam alcançar 2% em algumas regiões, sobretudo em crianças (Hirota et al, 2022). A etiologia é multifatorial, com forte componente genético, aliados a influências ambientais — estudos recentes apontam para origens neurobiológicas complexas, sem biomarcadores exclusivos até o momento. (Hodges et al, 2020; NIMH, 2025; Talantseva et al, 2023)

10.1.3 Características e Classificação

O TEA é caracterizado por três domínios principais: interação social, comunicação e comportamentos restritos e repetitivos. As interações sociais podem se manifestar como déficits expressivos, incluindo reciprocidade social inadequada, comunicação gestual limitada, desafios em estabelecer amizades e dificuldades em compartilhar interesses, frequentemente observáveis desde a primeira infância (Maenner et al, 2023). No campo da comunicação, indivíduos diagnosticados com TEA podem apresentar atrasos ou ausência de fala verbal, ecolalia, uso impróprio de pronomes, desafios nas habilidades de conversação pragmática, interpretação literal da linguagem e falta de envolvimento em jogos simbólicos.

Com relação aos padrões comportamentais, os comportamentos repetitivos podem abranger estereotípias como balançar o corpo ou bater as mãos, resistência a mudanças na rotina, comportamentos ritualísticos e interesses estritamente focados, que geralmente dominam os recursos cognitivos do indivíduo.

Além dos domínios primários mencionados acima, outros atributos comumente observados incluem maior sensibilidade sensorial — abrangendo hiper-reatividade e hiporreatividade a estímulos como estímulos visuais, sinais auditivos, sensações táteis ou estímulos olfatórios — que podem causar desconforto e influenciar as respostas comportamentais. Deficiências motoras e de coordenação, que podem se manifestar como andar na ponta dos pés, diminuição do tônus muscular e desafios na execução de movimentos planejados, também são documentadas. Investigações recentes enfatizam ainda mais a heterogeneidade clínica associada ao TEA, revelando diversos perfis cognitivos, variações na expressão emocional e diferentes níveis de habilidade funcional - o TEA pode se manifestar de forma proeminente em certos domínios (por exemplo, maior atenção aos detalhes ou interesses profundos), enquanto em outras áreas, apoio substancial é imperativo.

Quadro 2 – Níveis de autismo e relação com a comunicação social e o nível comportamental

Níveis de autismo			
	Nível 1 (exige apoio)	Nível 2 (exige apoio substancial)	Nível 3 (exige apoio muito substancial)

Comunicação social	- Apresenta déficit na comunicação social causando prejuízos notáveis nas interações sociais; - Há interesse reduzido por interações sociais.	- Quando apresenta déficit grave na comunicação verbal e não verbal, causando prejuízos de funcionamento e limitação nas interações sociais.	- Quando há déficit grave na comunicação verbal e não verbal, causando prejuízos graves de funcionamento e grande limitação nas interações sociais.
Comportamento	- Há inflexibilidade de comportamento, dificuldade de em trocar de atividade, obstáculos para independência (dificuldade de organização e planejamento)	- Apresenta inflexibilidade de comportamento, dificuldade em lidar com mudanças, comportamentos restritos/repetitivos que interferem no funcionamento.	- Há inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com mudanças, comportamentos restritos/repetitivos que interferem acentuadamente no funcionamento.

Fonte: adaptado do DSM-V (APA,2014)

10.1.4. Processamento Sensorial

O processamento sensorial é uma função neurofisiológica encarregada de captar, registrar e organizar as informações provenientes dos sentidos. Ao ordenar esses estímulos, o indivíduo consegue selecionar o que é relevante e, assim, elaborar respostas compatíveis com as demandas do ambiente, viabilizando a execução das atividades do dia a dia. Em outras palavras, a forma como cada pessoa percebe e organiza as sensações resultantes dos estímulos ambientais determina suas respostas comportamentais (Ayres, 1972).

No TEA, são frequentes alterações nesse processamento. Entre as dificuldades mais descritas estão: (i) ineficiência no registro dos estímulos sensoriais; (ii) capacidade reduzida do sistema nervoso central (SNC) de modular adequadamente os inputs vestibulares e

táteis; e (iii) limitação para integrar múltiplas sensações do meio, o que impacta a percepção espacial, a tolerância e a permanência em determinados contextos (Spitzer e Roley, 2001).

A ocorrência de transtorno do processamento sensorial (TPS) em pessoas com TEA é elevada, chegando a índices de até 92% quando comparadas às respostas sensoriais de crianças com desenvolvimento típico (Tomcheck e Dunn, 2007).

Diante de um paciente com TEA em que se identificam alterações sensoriais, o cirurgião-dentista deve articular-se com o terapeuta ocupacional que acompanha o caso para planejar intervenções de modo interdisciplinar. Além disso, é importante lembrar que diversos estímulos do cenário clínico odontológico podem intensificar dificuldades de integração sensorial em pessoas com TEA, comprometendo o comportamento durante o atendimento. Entre eles, destacam-se o ruído da alta rotação, a luz do foco, o movimento da cadeira odontológica, bem como o sabor e o odor do flúor e da pasta profilática, entre outros. O reconhecimento e o ajuste desses elementos ambientais são fundamentais para reduzir a sobrecarga sensorial e promover um atendimento mais seguro e acolhedor (Souza et al., 2023).

Quadro 3 - Estratégias de integração sensorial para o atendimento odontológico

Processamento	Estratégias
Visual	- Utilização de estímulos como estratégia de autorregulação sensorial: acender o foco de luz antes do paciente sentar-se na cadeira odontológica, para ele reconhecer que o atendimento irá iniciar; manter o foco de luz aceso durante todo o atendimento; permitir que o paciente se aproxime do foco e o toque, mediante limite de tempo. - Pacientes hiperreativos: ter cuidado ao acender e manusear o foco de luz, sem direcioná-lo aos olhos do paciente, durante o atendimento odontológico; utilizar filtros de cores diferentes de iluminações, aceitas pelo paciente; acender o foco de luz somente quando for necessário.

Auditivo	- Utilização de estímulos como estratégia de autorregulação sensorial: Disponibilizar aparelho eletrônico com músicas ou outros sons do interesse do paciente - Pacientes hiperreativos: fornecer abafadores de som; disponibilizar aparelho eletrônico com fones de ouvido, com músicas ou outros sons do interesse do paciente durante atendimento odontológico, a fim de inibir o som que o incomoda; evitar (sempre que possível) o uso da caneta de alta rotação.
Olfato e Gustativo	- Utilização de estímulos como estratégia de autorregulação sensorial: dosar a quantidade necessária de pasta na escova de dente; não deixar a pasta de dente em local acessível fora do momento de escovação dentária. - Pacientes hiperreativos: ofertar pastas de dente de diferentes sabores e odores, até que o paciente aceite uma da sua preferência; permitir que o paciente cuspa quantas vezes for necessário durante a escovação.
Proprioceptor e tátil	- Utilização de estímulos como estratégia de autorregulação sensorial: Disponibilizar materiais com texturas do interesse em suas mãos para que possa manusear durante os procedimentos odontológicos; disponibilizar mordedores para serem utilizados em pequenos intervalos dos procedimentos, para suprir a busca oral. - Pacientes hiperreativos: disponibilizar estímulos de tato profundo, como coletes de peso ponderado e roupas elásticas; orientar aos pais o uso de escova elétrica na higiene bucal diária, para dessensibilização.
Vestibular	- Utilização de estímulos como estratégia de autorregulação sensorial: permitir que o paciente acione os comandos de movimento da cadeira odontológica; ajustar a posição da cadeira odontológica com o paciente já sentado nela. - Pacientes hiperreativos: deixar a cadeira odontológica na posição certa para o paciente se sentar; evitar movimentos bruscos e que

	surpreendam; realizar procedimentos possíveis com a cabeça na postura mais vertical possível; garantir que os pés fiquem apoiados no chão ou plataforma; atender o paciente fora da cadeira odontológica.

10.2 ASPECTOS ODONTOLÓGICOS

10.2.1. Condições bucais comuns

A elevada prevalência de doenças bucais em pacientes com deficiência tem sido amplamente documentada por entidades de referência, como a American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) e a Associação Brasileira de Odontopediatria (ABOPED). Tais instituições relatam a presença significativa de cárie dentária e doença periodontal nesse grupo populacional, com grau de evidência científica considerado moderado (ABOPED, 2021; AAPD, 2024).

Nesse contexto, revisões sistemáticas da literatura indicam que indivíduos com TEA apresentam, de forma recorrente, lesões de cárie e doença periodontal como os principais agravos à saúde bucal (Bartolomé-Villar et al., 2016; Silva et al., 2017). A prevalência estimada de lesões cariosas em crianças e adultos jovens com TEA é de 60,6%. Entre os principais fatores predisponentes estão: dificuldade de higienização bucal, consumo frequente de dietas ricas em açúcar e uso contínuo de medicamentos. Ademais, a hipersensibilidade sensorial, comumente presente nesses indivíduos, pode comprometer ainda mais o controle do biofilme dentário (Silva et al., 2017).

Um estudo realizado no Brasil, com 32 indivíduos com TEA, revelou a presença de cárie em 50% da amostra. A análise sensorial revelou que 32% apresentaram sensibilidade ao refletor, 60% aos sons do consultório odontológico e 68% se incomodaram com o toque físico (Picciani et al., 2025). Dados apresentados por Aisiri et al. (2024), em revisão sistemática, indicam que crianças com TEA demonstram maior prevalência de lesões de cárie e doença gengival quando comparadas a crianças neurotípicas.

O índice CPO-D, que avalia o número de dentes cariados, perdidos e obturados, foi analisado em revisão sistemática com meta-análise, envolvendo crianças e adolescentes com e sem TEA. Os resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, tanto na dentição permanente (CPO-D) quanto na dentição decídua (ceo-d). No entanto, quando considerada a avaliação por superfície dentária (CPO-S), verificou-se um valor significativamente mais elevado em pacientes com TEA, sugerindo maior severidade da cárie dentária nesse grupo (Motta et al., 2025). Resultados semelhantes foram encontrados por Pecci-Lloret et al. (2022), cuja análise também não evidenciou diferença no índice CPO-D entre os grupos, sendo o valor médio relatado para pacientes autistas de 14,9.

A saúde bucal de indivíduos com e sem TEA também foi abordada por Uliana et al. (2024), que identificaram maior experiência de lesões de cárie na dentição decídua entre os autistas, associada a maior severidade. Contudo, os autores destacaram que o nível de evidência científica foi considerado muito baixo, apontando a necessidade de investigações adicionais com metodologia robusta. As características comportamentais de indivíduos com TEA influenciam negativamente na manutenção da higiene bucal. Estima-se que aproximadamente 69,4% dessas crianças apresentem sinais de gengivite (Silva et al., 2017). Estudos de revisão sistemática com meta-análise têm mostrado, de forma consistente, que os índices de sangramento gengival e de placa são significativamente mais elevados em pacientes com TEA, em comparação a indivíduos neurotípicos (AlOtaibi et al., 2021; Uliana et al., 2024). O traumatismo dentário também se destaca como uma condição bucal prevalente em crianças com autismo. A revisão sistemática de Aisiri et al. (2024) relatou maior risco de trauma dentário nessa população. Todavia, outras análises sistemáticas não confirmaram essa associação (Lam et al., 2020; Silveira et al., 2020), evidenciando divergência nos achados da literatura.

A relação entre bruxismo e TEA permanece controversa, principalmente devido à dificuldade diagnóstica dessa atividade muscular mastigatória repetitiva. Alguns estudos indicam maior prevalência de bruxismo em indivíduos com TEA, embora o grau de evidência ainda seja considerado baixo (Du et al., 2015). Uma meta-análise conduzida por Granja et al. (2022), abrangendo participantes entre 2 e 41 anos de idade, demonstrou a ocorrência tanto de bruxismo noturno quanto diurno em indivíduos com TEA, além de maior prevalência de distúrbios do sono em comparação aos indivíduos neurotípicos. Fatores

comportamentais parecem contribuir para esse achado. No entanto, o grau de evidência foi considerado “muito baixo” para a ocorrência de bruxismo entre indivíduos com e sem TEA.

Diante desse panorama, ressalta-se a importância de uma anamnese detalhada e de um exame físico minucioso na abordagem odontológica de pacientes com TEA. Um plano de tratamento com foco na individualidade e nas necessidades específicas de cada paciente, é essencial para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

Tabela 1: Condições bucais comuns em pacientes com TEA.

Condição Bucal	Achados	Fatores associados	Grau de evidência
Cárie dental	Prevalência estimada: 60,6%	Dificuldade de higienização, dieta rica em açúcar, uso de medicamentos, hipersensibilidade sensorial.	Moderado (Silva et al, 2017)
Doença periodontal	Cerca de 69,4% das crianças com TEA apresentam gengivite.	Higiene bucal deficiente.	Moderado (Silva et al, 2017)
Índice de placa e sangramento gengival	Índices significativamente mais elevados em pacientes com TEA.	Higiene bucal comprometida, dificuldades sensoriais e comportamentais.	Alto (AlOtaibi et al, 2021 Uliana et al, 2024)
Traumatismo dentário	Relatada maior prevalência em algumas revisões, mas os dados ainda são controversos.	Comportamentos auto-agressivos, quedas acidentais	Muito baixo (Aisiri et al, 2024; Lam et al, 2020)
Bruxismo	Presente em indivíduos com TEA, associado a distúrbios do sono.	Fatores comportamentais, distúrbios do sono	Baixo a muito baixo. (Du et al, 2015; Granja et al, 2022)

10.2.2 Desafios no acesso odontológico

Indivíduos diagnosticados com TEA enfrentam diversas barreiras no acesso aos cuidados odontológicos. A consulta odontológica, frequentemente percebida como uma experiência estressante, pode representar um desafio significativo tanto para os pacientes quanto para suas famílias. Características associadas ao TEA, como hipersensibilidade sensorial, dificuldades de socialização e comunicação, além da resistência a mudanças de rotina, contribuem para tornar o atendimento odontológico mais complexo. Simultaneamente, a falta de capacitação profissional e a dificuldade de manejo comportamental desses pacientes são fatores que agravam a situação, gerando resistência por parte de alguns cirurgiões-dentistas em oferecer atendimento a essa população (Erwin et al., 2022; Amaral et al., 2021).

Adicionalmente, crianças e adolescentes com TEA são considerados mais suscetíveis a doenças bucais quando comparados a indivíduos neurotípicos. Essa vulnerabilidade está

relacionada a diversos fatores, incluindo barreiras de acesso aos serviços de saúde, comportamentos de automutilação e hábitos alimentares cariogênicos, que elevam o risco para o desenvolvimento de cárie dentária (Lam et al., 2020). Estudos conduzidos em países como Estados Unidos, Arábia Saudita, Canadá e Hong Kong apontam que barreiras financeiras, como o alto custo do tratamento odontológico e a inelegibilidade para cobertura por seguros de saúde bucal, dificultam o acesso aos serviços odontológicos por indivíduos com TEA (Erwin et al., 2022). No Brasil, embora o atendimento odontológico a essa população esteja disponível por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) — tanto nas unidades básicas quanto nos centros de especialidades odontológicas —, o acesso ainda pode ser limitado, especialmente em casos que exigem tratamento sob sedação ou anestesia geral em ambiente hospitalar, devido à restrita disponibilidade de vagas em centros cirúrgicos.

Um estudo realizado no Brasil, com dentistas do SUS, atuantes na atenção básica, revelou que apenas 35,8% atendem rotineiramente pacientes com TEA. Os profissionais reconheceram a necessidade de treinamento e participação de cursos que aprimorem o atendimento a esse grupo populacional (Amaral et al., 2021).

O ambiente odontológico pode constituir uma barreira significativa para indivíduos com TEA, em razão de seus múltiplos estímulos sensoriais. Elementos como luzes intensas, sons agudos, sabores e odores característicos, além do contato físico próximo inerente aos procedimentos clínicos — especialmente o acesso à cavidade bucal —, têm o potencial de desencadear respostas adversas nesses pacientes. A dificuldade no manejo comportamental é frequentemente citada por pais, cuidadores e profissionais da saúde como um dos principais desafios para a efetivação do atendimento odontológico em indivíduos com TEA (Erwin et al., 2022). Esses aspectos podem, em parte, justificar os dados que apontam para uma menor frequência de visitas ao dentista por crianças com TEA ao longo do ano, em comparação com crianças neurotípicas (Prynda et al., 2025).

Outro obstáculo frequentemente reportado é a escassez de profissionais capacitados e dispostos a atender indivíduos com TEA. Uma revisão de escopo identificou que, entre 16 estudos incluídos, metade relatou que a dificuldade em encontrar um cirurgião-dentista preparado para o atendimento de pacientes com TEA constitui uma preocupação significativa para familiares e cuidadores. Nos Estados Unidos, estima-se que

apenas 10% dos dentistas clínico-gerais ofereçam tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais, incluindo aqueles com TEA (Jones et al., 2024).

Diante desses desafios, torna-se evidente a necessidade de ampliar o acesso aos serviços odontológicos para indivíduos com TEA, por meio de políticas públicas inclusivas e da capacitação sistemática de profissionais da saúde bucal. Somente assim será possível garantir o direito à saúde bucal e promover maior qualidade de vida para essa população.

CONSULTA PÚBLICA

Desafios no acesso odontológico:



- 1** CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE COM TEA QUE DIFICULTAM O ATENDIMENTO:
 - Hipersensibilidade sensorial (luz, som, toque).
 - Dificuldades de socialização e comunicação.
 - Resistência à mudanças na rotina.
- 2** BARREIRAS POR PARTE DOS PROFISSIONAIS:
 - Falta de capacitação da equipe.
 - Dificuldade no manejo comportamental.
 - Resistência em atender pacientes com TEA.
- 3** FATORES QUE AUMENTAM A VULNERABILIDADE ÀS DOENÇAS BUCAIS:
 - Dificuldade no acesso aos serviços odontológicos.
 - Comportamentos de automutilação.
 - Hábitos alimentares de risco à cárie.
 - Hipersensibilidade sensorial impedindo a escovação.
- 4** BARREIRAS FINANCEIRAS:
 - Alto custo do tratamento odontológico.
 - Falta de cobertura dos seguros para a saúde bucal.
 - Dificuldade para atendimento odontológico sob anestesia geral.
- 5** FATORES RELACIONADOS AO AMBIENTE ODONTOLÓGICO:
 - Presença de luzes intensas.
 - Sons agudos.
 - Materiais odontológicos com sabores e cheiros específicos.
 - Contato físico próximo entre profissional e paciente.

Figura 1: Elaboração própria.

10.2.2. A família no eixo de cuidado da saúde bucal da pessoa com TEA

A presença ativa da família representa um eixo indispensável na manutenção da saúde bucal da pessoa com TEA. A família, enquanto núcleo de afeto, cuidado e referência, desempenha papel central na construção de rotinas e no acesso ao atendimento odontológico. A atuação familiar no cotidiano inclui a supervisão e, muitas vezes, a execução direta da higiene bucal. A família deve ser acolhida e orientada em relação aos cuidados em domicílio e preparo para consulta. O uso de escovas com cerdas macias, sabores neutros de creme dental com flúor em quantidade adequada e introdução gradual de técnicas de escovação com reforço positivo, como elogios, recompensas simbólicas ou uso de recursos visuais (Duker et al., 2019; Ferrazzano et al., 2020).

O ambiente físico também deve ser adaptado com luzes suaves, ausência de ruídos intensos e uso de utensílios familiares podem reduzir o estresse durante o cuidado domiciliar e nas consultas odontológicas. O preparo antecipado para as visitas ao consultório, com uso de histórias sociais, vídeos demonstrativos ou visitas prévias ao serviço, agendamento em horários estratégicos, permite à pessoa com TEA e sua família uma vivência mais segura e previsível da experiência odontológica. (Duker et al., 2019; Ferrazzano et al., 2020).

Além disso, a sensibilização das equipes para os aspectos psicossociais que envolvem o TEA e suas repercussões na dinâmica familiar contribui para a redução do estigma e a valorização do cuidado centrado na pessoa. Muitas famílias relatam altos níveis de estresse e ansiedade em relação ao cuidado bucal de seus filhos, especialmente quando enfrentam barreiras para o acesso ao serviço público, fazendo-se necessário a empatia com estas famílias (Ferrazzano et al., 2020; Tang et al., 2023). Estudos indicam que a construção de uma relação positiva entre o dentista, o paciente e sua família potencializam o sucesso das abordagens clínicas, permitindo o conhecimento do real panorama da situação do paciente, facilitando a construção de planos terapêuticos mais eficazes e individualizados (Tang et al., 2023).

Promover a saúde bucal da pessoa com TEA, portanto, exige mais do que procedimentos técnicos, requer uma postura ética, empática e colaborativa, trazendo a família para o centro do cuidado (Poppo et al., 2016; Amaral et al., 2012).

10.3. Rede de Atenção Odontológica à Pessoa com TEA no SUS: Níveis de Atenção

10.3.1. Atenção primária em saúde - APS

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral, devendo estar presente em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os grupos em situação de vulnerabilidade, encontram-se as pessoas com TEA, que frequentemente enfrentam barreiras de acesso ao cuidado odontológico, seja pela dificuldade de adaptação ao ambiente clínico, seja por preconceitos ou pela falta de preparo das equipes. (Brasil, 2018a; Amaral, et al., 2021; Brasil, 2024a).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) instituída pela Lei n.º 14.572/23, estabelece princípios de acolhimento, equidade, integralidade e vínculo, que devem orientar o cuidado em saúde bucal para todas as pessoas. No caso dos pacientes com TEA, essas diretrizes devem se traduzir em estratégias concretas que garantam uma atenção inclusiva, respeitosa e resolutiva na Atenção Primária em Saúde (APS). (Brasil, 2023a; Brasil, 2024a).

A inclusão de pessoas com TEA na atenção em saúde bucal demanda que as equipes adotem uma postura ética, humanizada e sensível às singularidades desse público. Tal perspectiva deve estar pautada em quatro eixos fundamentais: o direito à saúde, que reconhece a saúde bucal como parte indissociável do direito constitucional à saúde, assegurando cuidado sem discriminação; a equidade, que orienta a oferta de mais recursos e atenção àqueles que apresentam maiores necessidades; o acolhimento sensível, que implica adaptar linguagem, ambiente e técnicas para reduzir o estresse e favorecer a colaboração do paciente; e a formação permanente, que envolve a capacitação contínua das equipes em práticas inclusivas, comunicação alternativa e manejo do comportamento (Brasil, 2018a; Amaral et al., 2021; Brasil 2023a).

10.3.2. Estratégia Saúde da Família - ESF

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal forma de organização da APS no Brasil e tem como objetivo aproximar os serviços de saúde da comunidade, garantindo cuidado integral, contínuo e humanizado a todos. No campo da saúde bucal, a inclusão das Equipes de Saúde Bucal na ESF representou um marco para a consolidação da atenção primária. Esse processo foi potencializado em 2004, com a criação do Programa Brasil

Sorridente, que em 2023 alcançou novo patamar ao ser transformado na Lei nº 14.572, instituindo a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente como política de Estado. Com isso, ampliou-se o acesso ao atendimento odontológico, fortalecendo a integração da odontologia com outras ações de saúde no âmbito do SUS. Essa abordagem deve, necessariamente, contemplar também o cuidado de grupos historicamente vulnerabilizados, como as pessoas com TEA, garantindo acolhimento qualificado, acessibilidade e estratégias adaptadas às suas necessidades específicas. Ao integrar o acompanhamento de pessoas autistas no território, a ESF reforça seu papel de cuidado ampliado, fortalecendo vínculos entre profissionais e comunidade, contribuindo para a promoção da saúde bucal inclusiva (Brasil, 2004a; Brasil, 2018a; Brasil, 2023a).

O cuidado inclusivo às pessoas com TEA na APS e em especial na ESF deve ser guiado por princípios que garantam os direitos à Universalidade, Integralidade e Equidade, lançando mão de estratégias adaptadas a esta população. Esses princípios reforçam o papel da APS e ESF como porta de entrada do SUS e orientam os profissionais na prática diária, assegurando um atendimento integral e humanizado. O Quadro 3 resume os principais pontos que devem nortear esse cuidado. (BRASIL, 2018a).

Quadro 3 – Princípios da atenção inclusiva na ESF para pessoas com TEA.

Princípio	Descrição
Respeito à singularidade	Reconhecimento das características próprias de cada paciente, considerando peculiaridades, deficiências, sensibilidades (sensoriais) e modos de comunicação distintos.
Acolhimento ampliado	O atendimento deve ir além do ato clínico, envolvendo escuta qualificada, vínculo e construção conjunta do cuidado com o paciente e a família.
Controle assintomático	Priorização da promoção da saúde e prevenção de agravos, evitando que o

	atendimento aconteça apenas em situações de dor ou urgência.
Tentativas prévias antes do encaminhamento para atenção secundária	A ESF deve se responsabilizar pelo cuidado, realizando ao menos três tentativas de atendimento com estratégias adaptadas antes do encaminhamento para serviços de referência.
Responsabilidade ética e contrarreferência	É papel da ESB da ESF garantir a continuidade do cuidado após o atendimento especializado, com comunicação clara e retornos periódicos do paciente de forma integral e humanizada.

Fonte: Brasil 2018a; Brasil 2024a



Figuras 2 a 4 - Cirurgiã-dentista da ESF realizando dessensibilização e apresentando equipamentos de ambiente ambulatorial odontológico para posterior realização de exame clínico e plano de tratamento para promoção de saúde bucal. Nestas imagens, a ausência de EPIs completos é justificada por tratar-se de um momento de aproximação e vínculo com o paciente no primeiro atendimento em ambiente ambulatorial.

Fonte: Acervo pessoal.

Encaminhar precocemente o paciente com TEA para os serviços de referência, pressupondo que ele é incapaz de colaborar com o tratamento odontológico, fragiliza o princípio de equidade, sobrecarrega a atenção secundária e compromete a corresponsabilidade da equipe de saúde bucal da ESF em garantir o cuidado integral. Tal prática limita o desenvolvimento de estratégias de adaptação que podem favorecer a adesão do paciente ao atendimento em seu território. Ao assumir o compromisso ético de realizar tentativas sucessivas de cuidado, a equipe da Estratégia Saúde da Família (Esf) contribui para a construção de um modelo inclusivo, que respeita as singularidades, promove autonomia e fortalece a integralidade das ações em saúde bucal no SUS. (BRASIL, 2018a; Amaral et al., 2011; Amaral et al., 2021)

10.3.3. Visitas Domiciliares

A visita domiciliar (VD) é uma prática prevista e valorizada no âmbito da ESF constituindo-se como uma das principais ferramentas para o fortalecimento da atenção primária no SUS. Ao permitir que os profissionais de saúde entrem em contato direto com o contexto familiar e comunitário, essa ação amplia a compreensão das necessidades de cada indivíduo, favorecendo o planejamento do cuidado de forma integral e resolutiva. (BRASIL, 2018a).

Estas visitas também configuram como uma estratégia fundamental no cuidado em saúde bucal de pessoas com TEA, pois possibilitam ao dentista conhecer de forma mais ampla a rotina, o ambiente e as condições de vida do paciente, fortalecendo o vínculo entre equipe de saúde e família. Nesse contexto, a visita oferece espaço privilegiado para orientar paciente e cuidadores de maneira prática sobre higiene bucal, dieta, uso adequado da escova e do creme dental fluoretado, além de favorecer o acompanhamento assintomático,

prevenindo o surgimento de agravos. Outro aspecto de extrema importância é a redução da ansiedade do paciente, já que o ambiente domiciliar tende a ser mais previsível e acolhedor, proporcionando maior segurança durante as interações com o profissional. Essa prática está em consonância com os princípios de territorialidade, vínculo e integralidade que norteiam a PNSB, reforçando a atenção centrada na pessoa, em seu contexto social e no cuidado. O Quadro 4 apresenta sugestões de ações e recursos que as ESB podem lançar mão durante as visitas domiciliares (Amaral et al., 2011; Brasil, 2018a; Brasil, 2024a).

Quadro 4 – Ações desempenhadas pelo cirurgião-dentista e equipe auxiliar em visitas domiciliares para pacientes com TEA

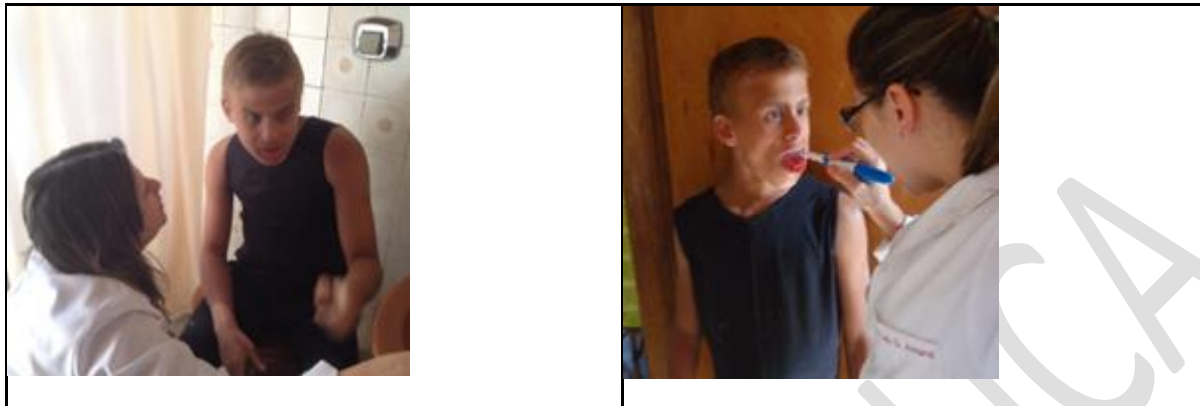
Tipo de ação	Descrição da ação	Importância da ação
Avaliação ambiente	do Observar rotina, condições de higiene e fatores de risco no domicílio do paciente com TEA.	Permite adaptar às necessidades específicas do paciente e da família, além de oportunizar orientações sobre hábitos de higiene e alimentares em casa.
Orientação família	à Encontrar em conjunto com a família as técnicas de escovação mais apropriadas e a participação da para aquele paciente. Orientações sobre escova, fio e creme dental fluoretado serão acrescidas (quando necessário) de dicas sobre o uso de fio dental com haste, abridores de boca e outros recursos que possibilitarão a higiene bucal do paciente.	Fortalece o autocuidado e a participação da família na promoção da saúde bucal. Os pacientes e cuidadores recebem orientações profissionais específicas, individualizadas e adaptadas ao contexto apresentado e às necessidades daquela família.

Educação em saúde bucal geral	Orientar sobre dieta equilibrada e redução do açúcar. Adoção de hábitos saudáveis. Orientações sobre exposição às telas e a forma contínua e relação com bruxismo. Orientações sobre traumática dentária.	Previne lesões de cárie e outras doenças bucais de forma contínua e traumática dentária.
Acompanhamento assintomático	Monitorar a saúde bucal de forma preventiva, antes de surgir dor ou urgência. Acompanhar e avaliar a higiene bucal, a fim de propor mudanças, quando necessário.	Favorece o diagnóstico precoce e a prevenção de agravos. Contribui para a educação em saúde bucal desta população e suas famílias.
Dessensibilização	Gradualmente expor o paciente a instrumentos, sons e à presença da equipe odontológica em ambiente domiciliar.	Reduz a ansiedade e aumenta a tolerância do paciente ao atendimento clínico.
Previsibilidade antes do atendimento odontológico	Utilizar pistas visuais, histórias sociais, imagens, vídeos ou explicações simples sobre o que acontecerá em cada etapa. Uso de recursos como PECS (Picture Exchange Communication System), TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) ou outros.	Proporciona organização, aumenta a segurança do paciente ao reduzir incertezas e medos. Facilita a expressão de necessidades do paciente e melhora a interação durante o atendimento. Reduz a ansiedade e aumenta a cooperação do paciente.

Prevenir desconforto causado por Distúrbios de Integração sensorial	Adequar estímulos visuais, auditivos e táteis; apresentar ao paciente recursos como fones abafadores, óculos escuros ou objetos sensoriais.	Auxilia no manejo de distúrbios de integração sensorial, promovendo conforto e adesão ao cuidado. Encoraja o paciente a permitir o atendimento odontológico em ambiente ambulatorial.
Recursos digitais	Utilizar aplicativos e tablets para apoio visual, jogos educativos, demonstração de procedimentos e comunicação.	Estimula o engajamento, facilita a compreensão das etapas do atendimento e reduz a ansiedade.
Realização de exame clínico e procedimentos odontológicos em domicílio	Realizar ações simples e seguras, como exame clínico odontológico, aplicação tópica de flúor, remoção de cálculo em casos selecionados, tratamento restaurador atraumático (TRA) ou pequenas intervenções preventivas, de sempre que o ambiente e as condições do paciente permitirem.	Amplia o acesso ao cuidado, reduz barreiras geográficas e comportamentais e favorece o atendimento em pessoas com alta sensibilidade ao ambiente clínico. Permite a elaboração de um plano de ações e tratamento em ambiente ambulatorial (quando necessário).

As visitas domiciliares, embora previstas como uma importante ferramenta da Esf só se concretizam plenamente quando há iniciativa, sensibilidade e compromisso por parte das

equipes de saúde bucal em assumir seu papel transformador, fazendo a diferença na vida da população assistida.



Figuras 6 e 7 - Cirurgiã-dentista da ESF realizando visita domiciliar para paciente com TEA (Nível 3 de suporte) para realização de higiene bucal. Nestas imagens, a ausência de EPIs completos é justificada por tratar-se de um momento de aproximação e vínculo com o paciente em um ambiente onde ele se sente seguro e a profissional busca estabelecer uma relação de confiança.

Fonte: Acervo pessoal.

10.3.4. Sugestões para a promoção e educação em saúde bucal da população com TEA.

A família é parte essencial do cuidado em saúde bucal da pessoa com TEA. À equipe de saúde bucal da ESF cabe oferecer orientações educativas, apoio emocional, capacitação prática e acolhimento de dúvidas, reforçando a corresponsabilidade entre equipe e família, em consonância com a PNSB (Amaral, et al., 2021; Brasil, 2023a).

O cirurgião-dentista, em conjunto com a equipe auxiliar e com a contribuição de agentes comunitários de saúde, pode ampliar as estratégias de educação em saúde ao produzir materiais de apoio diversificados, como guias informativos, registros fotográficos, documentos orientadores, vídeos educativos e pranchas de pistas visuais adaptadas às necessidades de pessoas com TEA. Esses conteúdos, quando organizados em uma pasta virtual em plataformas de armazenamento em nuvem, podem ser facilmente disponibilizados à comunidade. Para tanto, uma alternativa acessível consiste na criação de um cartaz fixado na USF contendo um *QR code*, que, ao ser escaneado pelas famílias, direciona diretamente para a pasta digital. Essa prática favorece a difusão do conhecimento, amplia o alcance das ações educativas e fortalece o protagonismo das famílias no cuidado

em saúde bucal de pessoas com TEA, contribuindo para a inclusão e a integralidade da atenção no âmbito do SUS (Amaral, et al., 2021; Picciani et al., 2025).



Figura 8 - Ilustração com exemplo de cartaz que pode ser disponibilizado na Esf com materiais sobre promoção de saúde bucal. (Imagem gerada através de Inteligência Artificial).

O Quadro 5 apresenta exemplos de materiais que podem ser disponibilizados e sua respectiva finalidade; contudo, cabe destacar que as equipes de saúde bucal (Esb) podem — e devem — criar outros recursos adaptados às necessidades locais, considerando que os itens listados constituem apenas exemplos ilustrativos.

Quadro 5 – Exemplos de materiais educativos a serem produzidos pelas ESB das ESF para cuidadores de pessoas com TEA, a serem inseridos em uma pasta virtual.

Material	Finalidade
Guias digitais confeccionados pela ESB da ESF	Orientações sobre higiene bucal, dieta, uso de escova, fio e creme dental fluoretado; Orientações sobre cronologia de erupção dentária (com foco especial para o 1o. molar permanente);

	Orientações sobre os primeiros cuidados pós trauma dentário; Orientações sobre adaptações de cabos de escovas para pessoas com deficiência motora; Orientações sobre como confeccionar um abridor de boca para usar em casa, a partir de rolhas, garrafas pet, palitos de madeira, entre outros.
Fotos ilustrativas feitas pela equipe de saúde bucal da ESF	Demonstrar o passo a passo da escovação e técnicas adaptadas para diferentes idades e deficiências; Fotos da equipe de saúde bucal da ESF, do ambiente e dos equipamentos odontológicos, a fim de oferecer previsibilidade para o paciente com TEA.
Documentos do Ministério da Saúde e outros documentos explicativos	Documentos do Ministério da Saúde sobre direitos de saúde e acesso ao SUS; Guia Alimentar da População Brasileira - Ministério da Saúde; Estatuto da Criança e do Adolescente; Lei Brasileira da Inclusão (2015).
Vídeos educativos criados pela ESB da ESF	Ensinar práticas de cuidados bucais; Orientações sobre como proceder em casos de traumas dentários; Dessensibilização do ambiente e da equipe odontológica de forma lúdica; Orientações para as famílias sobre higiene de próteses dentárias.
Pranchas de pistas visuais ou histórias sociais confeccionadas pela ESB da ESF ou	Imagens das etapas de atendimento odontológico, a fim de auxiliar

disponibilizadas na internet (Exemplos: PECS e TEACCH)	na comunicação e na previsibilidade dos pacientes com TEA. Estas imagens podem ser feitas na Unidade ESF, simulando ou realizando um atendimento.
Aplicativos gratuitos disponibilizados para aparelhos celulares	Orientar as famílias sobre recursos que podem favorecer a rotina de cuidados como lembretes de escovação, jogos educativos e reforço positivo.
Materiais educativos sobre qualidade de vida do cuidador - documentos oficiais do Ministério da Saúde ou criados pela equipe da ESF	Vídeos, guias, documentos que abordam a importância da promoção de saúde e dos cuidados em saúde física e mental do cuidador.
QR Code em cartaz fixado em parede visível da Unidade de ESF.	Facilitar o acesso das famílias a todos os materiais organizados em pasta virtual; Evitar custos e desperdícios com impressões; Atingir o maior número de pessoas que necessitam destas informações e materiais.



Figura 10 - Prancha com imagens de cirurgiã dentista e etapas de paramentação e atendimento, a fim de oferecer previsibilidade para o paciente com TEA.

Fonte: Acervo pessoal.

Além das estratégias que as Esb podem adotar para orientar pacientes e familiares sobre promoção da saúde e prevenção de doenças, existem também recursos que contribuem para garantir o atendimento ambulatorial dessas pessoas. O Quadro 6 apresenta sugestões que o cirurgião-dentista pode aplicar tanto para favorecer a colaboração do paciente com TEA quanto para minimizar os efeitos de possíveis desregulações sensoriais (Amaral et al., 2011; Amaral et al., 2021).

Quadro 6. Estratégias de manejo clínico para cirurgiões-dentistas da ESF e seus objetivos no atendimento odontológico de pacientes com TEA.

Estratégias	Objetivos
Utilização da técnica <i>Floortime</i> : realizar o primeiro contato com o paciente no chão, apresentando a ele alguns instrumentos da odontologia.	Favorecer vínculo e interação, estimulando a comunicação e estabelecendo uma relação de confiança a fim de promover a cooperação do paciente.
Uso de cobertor ponderado ou avental de chumbo (usado para tomadas radiográficas).	Promover sensação de segurança e regulação sensorial para o paciente durante o tempo de cadeira odontológica. O cobertor ponderado ou avental de chumbo pode ser colocado sobre as pernas do paciente e seu peso trará conforto e acomodação sensorial.
Solicitar que a família leve um objeto de interesse do paciente	Os objetos que são de interesse do paciente com TEA, geralmente estão relacionados ao seu hiperfoco. Contribuem para reduzir ansiedade, oferecer conforto e distração positiva durante o atendimento odontológico.
Providenciar objetos que podem contribuir para a acomodação sensorial	Ter no consultório odontológico objetos que os pacientes podem apertar durante o atendimento, promovendo relaxamento.

Evitar luz direta no rosto do paciente	Diminuir o incômodo visual e prevenir desregulação sensorial. Em casos mais graves a luz do refletor pode inclusive desencadear uma crise convulsiva.
Aquecer ou resfriar instrumentais odontológicos em caso de desconforto	Reduzir sensibilidade tátil e aumentar aceitação dos procedimentos. Pode-se utilizar água gelada ou morna para adequar os instrumentais à temperatura aceitável pelo paciente.
Permitir que o paciente conheça e se familiarize com cheiro, sabor e efeito de determinados produtos (ex.: anestésico tópico)	Aumentar a previsibilidade, reduzir o medo e promover colaboração do paciente.
Utilizar pictogramas, figuras ilustrativas ou fotos para explicar etapas do atendimento	Facilitar a compreensão e aumentar a previsibilidade.
Antecipar verbalmente cada etapa do atendimento (Técnica dizer-mostrar-fazer).	Diminuir ansiedade e aumentar a previsibilidade
Disponibilizar ou solicitar que a família providencie fone abafador de ruídos ou música suave que seja agradável para o paciente.	Reduzir desconforto auditivo e minimizar possível desregulação sensorial
Realizar o atendimento em ambiente mais silencioso, com poucos estímulos e com concentração do paciente. Pessoas equipe reduzida (o mínimo de pessoas estranhas podem dificultar o atendimento, dentro do consultório).	Evitar sobrecarga sensorial e favorecer a bem como, muitas pessoas falando ao mesmo tempo, pode causar uma desorganização sensorial.
Manter rotina e previsibilidade em consultas sequenciais, sempre no mesmo horário e no mesmo espaço físico, de rápida duração.	Promover segurança, previsibilidade e confiança no atendimento. Uma alteração de rotina pode ocasionar a desorganização sensorial do paciente. Além disso, um

	longo período de tempo de cadeira pode prejudicar a colaboração já conquistada pela ESB.
Permitir pausas durante o atendimento quando necessário	Respeitar os limites do paciente e reduzir crises de estresse.
Envolver a família/cuidador como apoio no manejo do comportamento e também na estabilização protetora, quando necessária.	Aumentar a sensação de segurança e facilitar a adaptação do paciente ao ambiente odontológico, mantendo próximo a ele uma pessoa de sua confiança.
Uso de óleos essenciais (Exemplos: Laranja doce e lavanda)	Os óleos essenciais podem contribuir, não só para o relaxamento do paciente, mas também podem ser usados como uma maneira de estabelecer vínculo. O cirurgião-dentista pode usar algumas gotas do óleo essencial em suas mãos e fazer uma massagem suave nas mãos do paciente, pedindo que ele sinta o cheiro do óleo enquanto está sentado na cadeira odontológica, buscando também um contato visual direto.
Previsão de tempo	Oferecer ao paciente previsibilidade de tempo, contando de 1 até 10 durante cada etapa do exame clínico ou atendimento e fazendo pausas entre cada contagem.
Sempre usar reforço positivo (elogios, recompensas simbólicas, palmas)	Estimular comportamentos colaborativos, demonstrar e reconhecer para o paciente que seu esforço está trazendo bons resultados.



Figura 11 - Criança de 10 anos, com diagnóstico de TEA segurando objetos de sua preferência (carrinhos e uma caneta) durante atendimento odontológico, favorecendo o controle do comportamento.

A família deve compreender que o cirurgião-dentista da eSB está preparado para atender a pessoa com autismo. Esse profissional reconhece que o tempo de permanência na cadeira odontológica pode ser menor, que o paciente pode se desregular diante de determinados estímulos e que, muitas vezes, será necessário aguardar o tempo de autorregulação. Também entende que movimentos estereotipados podem surgir frente a um novo ambiente ou situação clínica. Por isso, em algumas situações, o atendimento é realizado de forma gradativa, especialmente quando não há dor ou urgência, respeitando o ritmo do paciente. É fundamental que a família saiba que o cirurgião-dentista não tem pressa, pois está apto para oferecer um cuidado seguro, acolhedor e individualizado.

A inclusão efetiva das pessoas com TEA nos cuidados realizados pela Esb da Esf exige o fortalecimento das visitas domiciliares, a priorização da prevenção de doenças, a realização de múltiplas tentativas de atendimento e o suporte contínuo às famílias. Dessa forma, consolida-se uma prática odontológica inclusiva, que valoriza a diversidade, promove a dignidade e reafirma a APS como espaço de cuidado e cidadania.

10.4. Atenção Especializada Ambulatorial

Os pacientes autistas que devem ser encaminhados aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são os que apresentam graves alterações de comportamento e transtornos de processamento sensorial, que tornam a assistência odontológica mais desafiadora. Para tanto, o cirurgião-dentista e a equipe auxiliar devem estar capacitados para lidar com essas questões e o CEO deve ter a estrutura necessária para que os profissionais executem diferentes modalidades de atendimento. Vale ressaltar que todas as sugestões e itens abordados na Atenção Primária em Saúde podem ser utilizados na Atenção Especializada.

Para pacientes com TEA, o atendimento nos CEOs deve contemplar:

- Estrutura física adaptada: ambiente acolhedor, com redução de estímulos sensoriais (ruído, luminosidade, cheiros intensos) que possam desencadear crises comportamentais.
- Capacitação profissional: cirurgiões-dentistas e equipes auxiliares treinados em técnicas de manejo comportamental não-farmacológicas, como dizer-mostrar-fazer, reforço positivo, dessensibilização e comunicação alternativa/aumentativa (PECS, dispositivos de voz, etc.) técnicas de estabilização protetora e sedação. Além disso, a presença de especialistas em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE) é fundamental para fortalecer o acolhimento e a integralidade do cuidado prestado na atenção secundária.
- Acolhimento familiar: orientação e participação dos pais ou cuidadores no processo terapêutico, fortalecendo o vínculo e garantindo a continuidade dos cuidados em casa.
- Linha de cuidado articulada: integração com a atenção primária, equipes multiprofissionais (fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional) e serviços de referência hospitalar, quando necessário.

A experiência de diversos CEOs no Brasil mostra que, quando há treinamento da equipe e adaptação mínima da estrutura, é possível atender a maioria dos pacientes autistas em nível ambulatorial, reduzindo a necessidade de anestesia geral e internação hospitalar.

Entretanto, é relevante destacar que indivíduos com TEA frequentemente fazem uso de fármacos que atuam em receptores iguais ou semelhantes aos das drogas sedativas, o que pode intensificar reações indesejáveis, como depressão cardiorrespiratória e ocorrência de laringoespasmo (Lamy & Erickson, 2018).

Além disso, esses pacientes podem apresentar respostas inesperadas aos medicamentos, tornando ineficazes as doses habitualmente utilizadas (Davila & Jensen, 1988). Por esse motivo, torna-se indispensável uma avaliação criteriosa que considere cuidadosamente a relação risco-benefício da sedação em ambiente ambulatorial (Alonso et al., 2024). Outro ponto importante é a monitorização constante durante a sedação ambulatorial, onde um dentista será responsável pela sedação (Figura 12). Mais informações sobre sedação encontram-se no capítulo deste tema.

Figura 12 - Paciente com TEA sendo atendido sob sedação oral e inalatória no ambulatório para pessoas com deficiência da Universidade Federal Fluminense, sendo monitorizado durante o procedimento



Fonte: acervo pessoal.

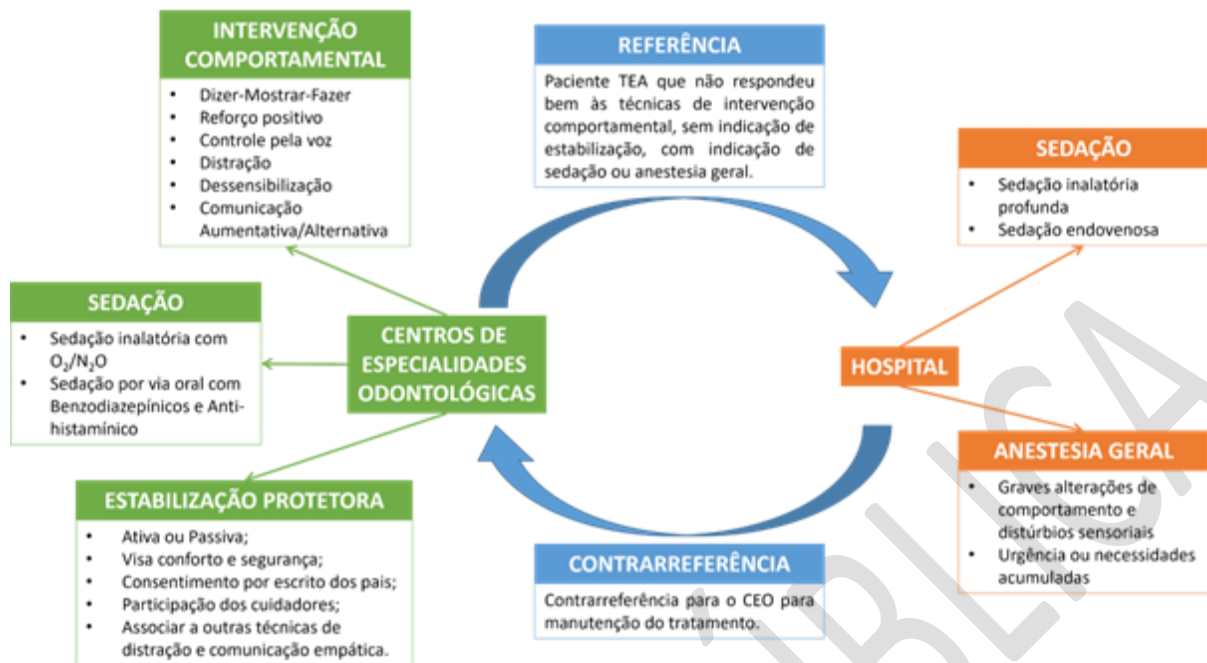
10.5. Atenção Especializada Hospitalar

Apesar dos avanços na atenção ambulatorial, muitos pacientes com TEA apresentam resistência severa ao atendimento odontológico, associado a quadros de agitação psicomotora, hipersensibilidade sensorial intensa ou comorbidades médicas que dificultam o manejo em ambulatório, só sendo possível o atendimento sob anestesia geral (American Academy of Paediatric Dentistry, 2024). Como já abordado, indivíduos com TEA frequentemente fazem uso de fármacos que atuam em receptores semelhantes aos das drogas sedativas, o que pode intensificar reações indesejáveis e as doses padrões podem não ser efetivas (Lamy & Erickson, 2018; Davila & Jensen, 1988). Desta forma, em alguns casos, a atenção hospitalar torna-se imprescindível. O atendimento odontológico sob anestesia geral permite:

- A realização de múltiplos procedimentos em uma única sessão, garantindo resolutividade.
- O manejo seguro de pacientes com comportamento não colaborador ou com necessidades médicas ou odontológicas complexas.
- A integração da equipe odontológica com anesthesiologistas, pediatras e demais especialidades hospitalares.

O atendimento odontológico sob anestesia geral não deve ser visto como a última opção de tratamento. Mas, deve ser a primeira opção de adequação do comportamento para pacientes não colaboradores, nos quais seja difícil de controlar e ajustar doses de sedação oral, que não aceitam a máscara para uma sedação inalatória e apresentam necessidades odontológicas acumuladas. É fundamental que os profissionais realizem uma análise individualizada dos riscos e benefícios de cada conduta para cada paciente autista (Figura 13). Além disso, é importante destacar que as técnicas de intervenção comportamental não devem ser descartadas quando o tratamento puder ser realizado em ambiente ambulatorial (MS, 2019).

Figura 13 - Fluxograma das modalidades de atendimento odontológico na Atenção Especializada



Fonte: elaboração própria.

10.6. Atenção em Saúde e a articulação com diferentes setores

A integralidade do cuidado às pessoas com TEA depende de articulação intersetorial e do fortalecimento das redes de atenção. Nesse contexto, destacam-se iniciativas como as Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), que operam de maneira complementar e integrada a outras equipes que atuam na APS, por meio de práticas colaborativas. Psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros, se entrelaçam no campo comum da eMulti, sendo responsáveis pela mesma população e território que a APS, fortalecendo as articulações com outros setores (educação, serviço social, cultura, lazer, esporte, entre outros), garantindo cuidado integral às pessoas com TEA. (Brasil, 2024b)

A rede de atenção psicossocial, em especial os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi), oferecem suporte e tratamento para crianças e adolescentes com transtornos mentais, incluindo o TEA. Os serviços do CAPSi incluem acompanhamento individual, suporte às famílias, atividades terapêuticas e de socialização, além de atuar na conscientização e combate ao preconceito. (Brasil, 2004b). Complementarmente, experiências inovadoras, como o Programa TEAtivo, buscam

aprimorar o atendimento e a inclusão social de pessoas com TEA, garantindo a esta população ambientes propícios para as práticas esportivas, psicomotoras e de lazer. (Brasil, 2023b)

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) garante proteção e apoio às famílias e indivíduos com TEA no enfrentamento de dificuldades, por meio de serviços, benefícios e programas do governo. (Brasil, 2018b) Além disso, iniciativas como o Meu SUS Digital ampliam o acesso às informações e serviços de saúde por meio de recursos tecnológicos e digitais, permitindo que o cidadão acompanhe na palma da mão o seu histórico clínico, além de poder acessar soluções digitais para ser o protagonista da sua saúde. (Brasil, 2023c) A atuação das equipes de saúde bucal no âmbito da Estratégia Saúde da Família deve estar em consonância com esses programas e políticas, reconhecendo que o cuidado integral às pessoas com TEA ultrapassa a dimensão clínica e exige uma abordagem inclusiva, interprofissional e intersetorial.

10.7. Últimas considerações

A atenção odontológica à pessoa com TEA exige um compromisso ético, técnico e humano com os princípios fundantes do SUS: a universalidade, a integralidade e, sobretudo, a equidade. Ao longo deste manual, foram apresentados diretrizes, estratégias e práticas que orientam o cuidado em saúde bucal de forma sensível às singularidades do TEA, com foco na redução de barreiras, na adaptação das abordagens clínicas e na valorização das experiências da pessoa com autismo e de sua família. O cuidado centrado na pessoa, a dessensibilização gradual, o uso de comunicação alternativa, o planejamento compartilhado com familiares e a continuidade do acompanhamento na rede são componentes indissociáveis de uma atenção qualificada.

O profissional de saúde bucal que atua no SUS, em especial na APS e na ESF, é agente de transformação social. Ao acolher as particularidades da pessoa com TEA e desenvolver abordagens clínicas inclusivas, esse profissional fortalece o vínculo terapêutico, promove a autonomia do usuário e contribui para a redução das iniquidades em saúde. O trabalho em equipe multiprofissional e a articulação intersetorial — com a educação, a assistência social e a rede de atenção psicossocial — ampliam as possibilidades de cuidado e reafirmam o papel do SUS como garantidor de direitos e promotor da cidadania.

Por fim, é imprescindível compreender que a inclusão de pessoas com TEA na atenção odontológica não é um favor, mas sim um direito respaldado por legislações nacionais e internacionais. Essa inclusão só se concretiza com formação permanente das equipes, escuta qualificada, adaptação das práticas clínicas, responsabilização compartilhada e compromisso político com a equidade. Cuidar da saúde bucal de pessoas com TEA é reconhecer sua humanidade, respeitar suas especificidades e afirmar, na prática cotidiana, que todas as vidas importam — e que todas têm direito ao cuidado digno e integral no SUS.

11. Atenção Odontológica à Pessoa com Deficiência Física

A atenção odontológica à pessoa com deficiência física deve ser compreendida a partir da definição legal de deficiência, que ultrapassa a limitação funcional isolada. Segundo a Lei Brasileira de Inclusão, a deficiência resulta da interação entre as restrições corporais e as barreiras do meio, que dificultam o exercício pleno da cidadania em igualdade de condições (Brasil, 2015). Essa perspectiva é essencial para compreender que o acesso à saúde bucal depende não apenas da adaptação física dos serviços, mas também da superação de barreiras atitudinais e organizacionais (Sarmiento; Farias, 2023).

No contexto brasileiro, dados recentes indicam que 18,6 milhões de pessoas declararam ter algum tipo de deficiência em 2022, representando 8,9% da população nacional, com maior prevalência na Região Nordeste (10,3%) (Araújo et al., 2022). Dentre essas condições, a deficiência física se destaca por englobar quadros como paraplegia, amputações, paralisia cerebral e nanismo, impondo desafios particulares à prática odontológica. Experiências exitosas em estados como Sergipe demonstram a importância da integração entre Atenção Primária e Atenção Especializada, por meio das equipes de Saúde Bucal, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Serviços de Especialidade em Saúde Bucal ou outros serviços de referência em Odontologia para pessoas com deficiência, promovendo um cuidado articulado e mais resolutivo (Araújo et al., 2025).

Apesar dos avanços, permanecem barreiras estruturais e pedagógicas significativas. Estudos apontam que instituições de ensino odontológico frequentemente carecem de rampas adequadas, sinalização tátil, intérpretes de Libras e currículos adaptados, o que limita tanto o processo formativo quanto a assistência clínica de pacientes com deficiência (Groberio et al., 2024). No âmbito dos serviços de saúde, investigações mostram que quase 60% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) apresentam falhas em acessibilidade arquitetônica, como rampas ou banheiros adaptados, restringindo o acesso de pessoas com deficiência física aos cuidados básicos em saúde bucal (Nascimento, 2021).

Outro ponto crítico refere-se à formação profissional. Muitos cirurgiões-dentistas ainda relatam insegurança no atendimento de pessoas com deficiência física, em virtude da escassez de disciplinas específicas na graduação e da pouca oferta de treinamentos contínuos. Essa lacuna impacta a adoção de práticas adaptadas, como estratégias de comunicação, técnicas de manejo clínico diferenciado e uso de equipamentos adaptados

(Pereira et al., 2023). Portanto, a atenção odontológica à pessoa com deficiência física deve ser concebida não apenas como um desafio técnico, mas como um compromisso social que requer políticas públicas inclusivas, formação adequada e ambientes acessíveis (Makansi et al., 2020).

11.1 Barreiras arquitetônicas, mobilidade e adequação do ambiente clínico

As barreiras arquitetônicas comprometem a acessibilidade, limitando a autonomia, a segurança e a qualidade de vida das pessoas com deficiência. Elas se manifestam na falta de rampas, elevadores ou portas adequadas, bem como na ausência de sinalização tátil e auditiva, dificultando a mobilidade de pessoas com deficiência física, visual ou auditiva. Esses desafios evidenciam a necessidade de planejar ambientes inclusivos desde sua concepção (Cruz et al., 2020).

No contexto odontológico, a acessibilidade arquitetônica representa um fator determinante para o acesso e a continuidade do cuidado. Muitos consultórios e clínicas não estão adaptados para receber pacientes com deficiência motora, apresentando obstáculos já na entrada, como escadas sem rampas ou ausência de elevadores. Estudo realizado em clínicas privadas na Índia evidenciou que apenas 20,8% possuíam rampas adequadas e menos de 17% contavam com elevadores, embora a maioria dos profissionais demonstrasse disposição em atender pessoas com deficiência física. A principal justificativa para a baixa adequação estrutural foi a limitação financeira dos serviços, somada à percepção equivocada de que a demanda de pacientes com deficiência seria pequena (Venkatesh; Ravindranath; Raju, 2017).

Para garantir a acessibilidade em um consultório ou clínica odontológica, as adaptações devem ir além de aspectos superficiais e seguir normas técnicas e sanitárias específicas. O planejamento de ambientes inclusivos é essencial, pois as barreiras físicas comprometem a autonomia e a segurança dos pacientes com deficiência, limitando seu acesso aos cuidados de saúde bucal (Cruz et al., 2020). A seguir, estão as adaptações mais importantes, baseadas nas normas brasileiras e em estudos recentes:

11.2 Acessibilidade Arquitetônica e de Circulação

O projeto do consultório odontológico deve obedecer às normas de acessibilidade, principalmente a NBR 9050 (2020) e a RDC nº 50/2002 da Anvisa (ABNT, 2020; Hansen; Curl; Geddis-Regan, 2021; Vieira, 2023) ou outras que venham substituí-las, envolvendo exigências quanto à adaptação do ambiente físico, equipamentos, acessos e circulação para promover atendimento seguro, autônomo e confortável para pessoas com deficiência física.

11.3. Adaptações de Equipamentos e Mobiliário

A acessibilidade também está diretamente ligada ao mobiliário e aos equipamentos utilizados no consultório (Quadro 2).

Quadro 2. Adaptações de Equipamentos e Mobiliário para atendimento de pessoas com deficiência física no consultório odontológico.

Adaptação	Descrição
Cadeira Odontológica Adaptada	Cadeira reclinável automatizada, que se posiciona sob a cadeira de rodas, permitindo que o paciente seja inclinado e atendido sem precisar sair dela.
Pistão de inclinação	Equipamento portátil que inclina a cadeira de rodas e pode ser usado para atendimentos em domicílio, melhorando a ergonomia do profissional e a segurança do paciente
Mobiliário Adaptado	Mesas de apoio e bancadas ajustáveis em altura para se adequarem às necessidades de cada paciente. A sala de espera deve contar com cadeiras de assento largo e poltronas para pessoas com deficiência.

Fonte: Teo, Mahesh; Lim, 2020; Agarwal et al., 2023.

11.4. Adaptações ergonômicas e posicionamento do paciente

O pistão de inclinação é um equipamento portátil que inclina a cadeira de rodas e pode ser usado para atendimentos em domicílio, melhorando a ergonomia do profissional e a segurança do paciente (Teo; Mahesh; Lim, 2020) (Figura 1).



Figura 1. Pistão de inclinação para cadeira de rodas.

Fonte: Teo; Mahesh; Lim, 2020.

Outro ponto crítico é a transferência do paciente da cadeira de rodas para a cadeira odontológica. Essa etapa, frequentemente negligenciada, gera medo de quedas tanto nos pacientes quanto nos cuidadores e pode desencorajar o tratamento. Nesse sentido, inovações tecnológicas surgiram como alternativas, a exemplo da cadeira reclinável automatizada, que permite a realização dos procedimentos odontológicos sem necessidade de transferência (Figura 2).

Um estudo desenvolvido por Agarwal et al. (2023) mostrou que 77% dos participantes relataram experiência positiva com esse dispositivo durante alguma consulta odontológica, destacando aumento da segurança e do conforto durante o atendimento.



Figura 2. Posicionamento da cadeira de rodas para atendimento odontológico (A cadeira reclinável é posicionada sob a cadeira de rodas e, em seguida, inclinada, permitindo que o paciente permaneça nela enquanto o dentista realiza os cuidados odontológicos).

Fonte: Agarwal et al., 2023.

11.5. Banheiros Acessíveis

A presença de banheiros acessíveis no consultório é fundamental, contemplando área de manobra que permita a rotação de 360° para circulação de pessoas em cadeira de rodas, barras de apoio, vaso sanitário elevado e torneiras de fácil acionamento (ABNT, 2020). A correta sinalização desses espaços também se mostra essencial para que os usuários possam localizá-los sem dificuldade (Hansen; Curl; Geddis-Regan, 2021).

A adequação dos consultórios odontológicos não é apenas uma exigência legal, mas um passo fundamental para promover a inclusão e a humanização do atendimento. O investimento na eliminação dessas barreiras contribui diretamente para a diminuição da violência institucional e assegura o direito à saúde bucal para todos os cidadãos.

12. Atenção Odontológica à Pessoa com Deficiência Sensorial – Visual e Auditiva

As deficiências sensoriais, especificamente visuais e auditivas, são condições desafiadoras e significativas para a prática odontológica. Não apenas pelo impacto direto na vida diária do indivíduo, mas também pela influência que exercem sobre o processo de comunicação entre paciente e profissional. A audição e a visão são sentidas fundamentais para a interação social, para a percepção do ambiente e compreensão das orientações em saúde. A ausência ou limitação da audição e visão pode dificultar a construção do vínculo entre paciente e dentista, bem como a transmissão de informação e adesão ao tratamento.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que mais de 2,2 bilhões de pessoas em todo o mundo apresentam algum grau de deficiência visual, das quais pelo menos um bilhão poderia ser evitado ou tratado.

Em relação à audição, cerca de 466 milhões de pessoas vivem atualmente com perda auditiva incapacitante. Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), aproximadamente 2,6 milhões de pessoas possuem deficiência auditiva e 7,9 milhões de pessoas possuem alguma deficiência visual.

Uma comunicação efetiva na odontologia é fundamental, pois permite compreender as necessidades do paciente, transmitir segurança durante o atendimento e garantir que as orientações preventivas e terapêuticas sejam bem assimiladas. No caso de pacientes com deficiências sensoriais, especialmente auditiva e visual, é essencial que os profissionais adotem estratégias específicas que promovam acessibilidade e inclusão. Para pessoas surdas, por exemplo, o uso da Língua Brasileira de Sinais (Libras) reconhecida legalmente como uma língua, com estrutura gramatical própria é um recurso indispensável. Em situações de surdocegueira, pode-se recorrer à Libras tátil ou ao método Tadoma, que utiliza o tato para captar vibrações da fala, viabilizando a comunicação. Já para pessoas com deficiência visual, recursos como descrições verbais detalhadas, materiais em braile, modelos táteis e ilustrações adaptadas são fundamentais para garantir a compreensão. O mais importante é que essas estratégias sejam aplicadas de forma individualizada, respeitando as particularidades de cada paciente e promovendo um cuidado odontológico verdadeiramente acessível e humanizado.

Dessa forma, compreender as barreiras e potencialidades na comunicação com pacientes que apresentam deficiência sensorial é essencial para promover um cuidado

humanizado, inclusivo e eficaz, assegurando o direito ao acesso pleno à saúde bucal e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

12.1 Barreiras encontradas por pessoas com deficiência sensorial

Existem muitas barreiras que permeiam o atendimento odontológico ao paciente com deficiência sensorial, comprometendo a qualidade do cuidado e a adesão ao tratamento. Essas barreiras podem se manifestar em diferentes dimensões: comunicação, estrutural, atitudinal e organizacional.

12.1.1. Deficiência Auditiva

Pessoas surdas ou com deficiência auditiva enfrentam barreiras significativas para o atendimento odontológico, especialmente no que diz respeito à comunicação, um aspecto central para a construção do vínculo terapêutico, para a segurança do paciente e para a efetividade do tratamento.

- Comunicação limitada – A principal barreira está na ausência de comunicação acessível. O não uso da Libras, que é a primeira língua para muitas pessoas surdas, compromete seriamente o entendimento de diagnósticos, procedimentos e orientações. É importante considerar que nem todas as pessoas surdas são plenamente alfabetizadas em português, o que limita a eficácia de materiais exclusivamente escritos. Por isso, o uso da Libras – seja por meio de intérprete presencial, vídeo com janela de Libras ou comunicação direta em Libras pelo profissional - é essencial para garantir que o atendimento seja de fato acessível.
- Ambiente inadequado – A falta de recursos visuais e adaptados no ambiente clínico dificulta ainda mais a comunicação. Cartazes, vídeos educativos e instruções devem ser pensados com acessibilidade em mente. A inclusão de janelas de Libras em vídeos, o uso de imagens ilustrativas claras e o apoio de aplicativos visuais podem tornar o conteúdo compreensível para pacientes surdos, especialmente aqueles com menor fluência em português escrito.
- Atitudes profissionais – Muitos profissionais ainda demonstram desconhecimento ou despreparo em relação à Libras e à cultura surda. Essa lacuna pode gerar insegurança,

ansiedade e uma experiência negativa para o paciente. Investir em formação básica em Libras, compreender os direitos linguísticos da comunidade surda e adotar uma postura empática são passos fundamentais para reduzir essas barreiras.

- Barreiras sociais – A dependência de familiares ou acompanhantes para intermediar a comunicação é uma realidade comum, mas indesejável. Essa mediação compromete a autonomia, a privacidade e o sigilo do paciente, além de expor uma falha estrutural no serviço prestado. O ideal é que o próprio ambiente de saúde esteja preparado para se comunicar diretamente com o paciente surdo, respeitando sua independência e singularidade.

12.1.2. Deficiência Visual

- Acessibilidade física – consultório sem piso tátil, falta de sinalização em braile ou guias de orientação dificultam o deslocamento seguro.
- Limitações na comunicação – uso excessivo de recursos visuais nas explicações, como radiografias, sem adaptações para linguagem verbal detalhada e acessível.
- Dependência do acompanhante – necessidade de auxílio constante para locomoção e compreensão das instruções de autocuidado.
- Material informativo inadequado – ausência de folhetos ou instruções em formato acessível.

Além disso, existem barreiras que são comuns para ambos os grupos, como a falta de capacitação do profissional, já que muitos cirurgiões-dentistas não recebem tratamento formal em comunicação inclusiva e manejo clínico de pacientes com deficiência sensorial. Assim como há o preconceito e estigma, onde o paciente é subestimado com relação a capacidade de compreensão e colaboração do paciente, onde dificulta o vínculo e confiança com o profissional.

Dito isso, o objetivo deste capítulo é mostrar os principais aspectos relacionados ao atendimento odontológico ao paciente com deficiência visual e auditiva, destacando as principais barreiras encontradas no acesso na comunicação com os profissionais de saúde, buscando enfatizar a importância da comunicação inclusiva, da adaptação de recursos e estratégias clínicas e da capacitação do cirurgião-dentista para oferecer um atendimento seguro, humanizado e eficaz. Este capítulo tem como objetivo também contribuir para a

reflexão sobre a necessidade de protocolos individualizados, que garantam a integralidade da atenção em saúde bucal e promovam a inclusão social e a qualidade de vida desses pacientes.

12.2. Deficiência auditiva

A deficiência auditiva é caracterizada pela perda parcial ou total da capacidade de perceber sons, podendo comprometer a comunicação, a interação social e o desenvolvimento da linguagem oral. Essa perda pode ser congênita ou adquirida, varia em grau, tipo e momento da manifestação.

A classificação pode ser feita de acordo com o grau e o tipo da perda:

➤ Grau da perda auditiva – intensidade em decibéis (dB)

- Leve – de 26 a 40dB: dificuldade para ouvir sons baixos e conversas em ambientes ruidosos.
- Moderada – de 41 a 70dB: compreensão da fala prejudicada sem uso de aparelho auditivo.
- Severa – de 71 a 90dB: impossibilidade de perceber a fala, sendo comum o uso de Libras como principal forma de comunicação.

➤ Tipo de perda auditiva

- Condutiva: causada por alterações no ouvido externo médio (otite, malformações, etc)
- Sensorineural: resultante de lesão na cóclea ou no nervo auditivo (fatores genéticos, ototóxicos, envelhecimento)
- Mista: associação da condutiva e sensorineural.
- Neural ou central: falha na transmissão ou processamento das informações auditivas no nervo ou no sistema nervoso central.

Para garantir um atendimento odontológico acessível e inclusivo, o cirurgião-dentista deve adotar diferentes estratégias de comunicação de acordo com o perfil e preferência do paciente:

1. Língua Brasileira de Sinais (Libras) – principal meio de comunicação da comunidade surda. O ideal é que o profissional saiba sinais básicos ou conte com apoio do intérprete.
2. Leitura labial – exige fala clara, pausada e contato visual direto. Evitar falar enquanto estiver de máscara ou utilizar visor transparente durante o atendimento.
3. Comunicação escrita – uso de bilhetes, aplicativos de celular ou anotações rápidas durante o atendimento.
4. Recursos visuais e tecnológicos – legendas, vídeos instrutivos, aplicativos de tradução em Libras, software de acessibilidade.



Figura 1: O profissional também deve se atentar ao paciente que faz uso de aparelhos auditivos ou implantes cocleares, pois é necessário respeitar o tempo de adaptação sonora. Assim como se atentar às expressões faciais e gestos de apoio para facilitar a compreensão e tornar o atendimento mais empático.

Fonte: Acervo pessoal.

12.2.1. Recursos educativos

Para promover uma educação em saúde bucal verdadeiramente acessível a pacientes com deficiência auditiva, é fundamental considerar a diversidade linguística e

comunicacional dessa população. Muitas pessoas surdas têm a Libras como primeira língua, e o português como segunda, com níveis variados de domínio da leitura e escrita. Por isso, materiais exclusivamente escritos podem não ser eficazes para todos. Como alternativa, recomenda-se o uso de vídeos educativos com janela de Libras, legendas sincronizadas e linguagem simples, que ampliam a compreensão das mensagens transmitidas. Além disso, materiais visuais, como cartazes com ilustrações claras e sequências de imagens, ajudam a reforçar as orientações clínicas e de higiene bucal. Aplicativos acessíveis, recursos de realidade aumentada e outros meios visuais interativos também podem ser explorados como ferramentas de apoio. O mais importante é que os recursos educativos sejam pensados desde a origem com base na inclusão linguística e cultural da comunidade surda, e não apenas adaptados de forma superficial.

12.2.2. Orientações em Libras – Acesso por QRCode

Pensando em promover um atendimento mais acessível e inclusivo, disponibilizamos a seguir orientações em Libras (Língua Brasileira de Sinais) por meio de vídeos educativos. Basta escanear os QRCodes com a câmera do seu celular para assistir aos conteúdos.

Todos os vídeos são apresentados em Libras, com apoio visual, pensados especialmente para facilitar o entendimento de pacientes surdos sobre os cuidados com a saúde bucal.

12.2.3. Higiene Bucal

-  Como escovar os dentes corretamente
-  Escolha da escova e creme dental
-  Frequência ideal de escovação
-  Orientação de Higiene bucal



12.2.4. Cuidados Pós-Cirúrgicos

- ✂ Orientações após extrações dentárias e cirurgias bucais
- ✂ Alimentação, higiene e repouso
- ✂ Quando procurar o dentista novamente
- 🔗 Orientações Pós-Cirúrgica



Este é um material bilíngue, elaborado com base na Libras como primeira língua da comunidade surda e o português na modalidade escrita como segunda língua. Os vídeos foram desenvolvidos com conteúdo visuais acessíveis, com o objetivo de promover a autonomia, compreensão e segurança nos cuidados com a saúde bucal. Todos os materiais respeitam a diversidade linguística e cultural da comunidade surda, contribuindo para um atendimento odontológico mais inclusivo e humanizado.

12.3. Deficiência visual

A deficiência visual corresponde a perda total ou parcial da capacidade de enxergar, mesmo após correção óptica adequada. Pode variar desde baixa visão até a cegueira total, interferindo diretamente na autonomia, na mobilidade e na comunicação do indivíduo.

➤ Grau da perda visual

- Baixa visão moderada: acuidade visual entre 20/70 e 20/160 no melhor olho.
- Baixa visão grave: acuidade visual entre 20/200 e 20/400.
- Cegueira profunda: acuidade visual inferior a 20/400 até percepção de luz.
- Cegueira total: ausência de percepção luminosa.

➤ Tipos de deficiência visual

- Cegueira – perda total da visão ou percepção apenas de luz, impossibilitando o uso funcional da visão para atividades cotidianas.
- Baixa visão – redução significativa da capacidade visual, que não pode ser corrigida com óculos convencionais, lentes de contato, medicamentos ou cirurgia, mas ainda permite algum uso funcional da visão.
- Deficiência visual congênita – presente desde o nascimento ou adquirida nos primeiros anos de vida.
- Deficiência visual adquirida – surge ao longo da vida, por causas traumáticas, doenças ou degenerações.

O braille é um sistema de leitura escrita e tátil, criado por Louis Braille em 1825. Baseia-se em células formadas por 6 pontos em relevo, organizados em duas colunas de três pontos. A combinação desses pontos permite representar letras, números, sinais de pontuação, símbolos matemáticos e até musicais. É reconhecido internacionalmente como meio de comunicação das pessoas cegas.

No Brasil, a Lei nº 4.169/1962 oficializou o uso do Sistema Braille em todo o território nacional para escrita e leitura de pessoas cegas. É a principal forma de garantir acesso à informação, educação e autonomia. Porém, nem toda pessoa com deficiência visual aprende braille, especialmente quem perde a visão na vida adulta. Para estes casos, outros recursos de comunicação podem ser usados, como: tecnologias assistivas, fonte ampliada e contraste alto para pessoas de baixa visão e orientação verbal clara no atendimento.



Para garantir um atendimento humanizado e seguro, o cirurgião-dentista deve adotar estratégias que favoreçam a confiança e compreensão do paciente, como:

1. Apresentação clara: identificar-se verbalmente ao paciente, explicar o ambiente e os profissionais presentes. Sempre avisar ao paciente antes de qualquer contato físico.
2. Orientação verbal detalhada: descrever todos os procedimentos antes e durante sua execução, usando linguagem acessível e evitando termos excessivamente técnicos. Evitar, também, termos como “aqui” e “ali”. Evite falar aos berros, caso o paciente não apresente deficiência auditiva. Direcione o seu olhar para o paciente, faça contato físico leve, como tocar no braço ou no ombro, para que ele saiba que você está falando diretamente com ele e não com o acompanhante.
3. Uso do tato: permitir que o paciente toque instrumentos – quando apropriado – para familiarização tátil e redução da ansiedade em procedimentos odontológicos.
4. Apoio à mobilidade: oferecer auxílio para se locomover dentro do consultório, evitando barreiras físicas e riscos à queda. Lembrar de não puxar ou segurar o braço do paciente, apenas oferecendo seu ombro ou braço para que ele mesmo possa segurar para que você possa guiá-lo, sempre descrevendo o caminho a ser percorrido e dando instruções claras quanto ao que deve ser realizado, como: “vire à direita”, “pode se sentar”, etc.
5. Material acessível: fornecer orientações de higiene bucal em formatos adaptados, como áudio, arquivos digitais compatíveis com leitores de tela ou explicações orais reforçadas.

É importante também que o cirurgião-dentista mantenha uma comunicação direta com o paciente e não apenas com o acompanhante, fortalecendo assim a confiança e

autonomia do paciente. Manter um tom de voz tranquilo e constante transmite segurança e facilita a compreensão destes pacientes.

12.3.1. Recursos educativos

Utilizar modelos anatômicos táteis - dentes, arcada dentária e próteses em resina ou impressos em 3D para o paciente explorar com as mãos e entender os procedimentos.



Figura 2: Instrumentos odontológicos - permitir que o paciente toque e reconheça alguns instrumentos, quando possível, de forma segura e higienizada, para diminuir a ansiedade.

Fonte: Acervo pessoal.

- Material educativo em braille - instruções de higiene oral, consentimento informado e orientações pós-operatórias.
- Materiais em áudio - gravações explicando cuidados e etapas do tratamento.
- Fonte ampliada e contraste alto - para pacientes com baixa visão, como folhetos, instruções e prescrições.
- Sistema de orientação verbal e clara - sempre explicar cada etapa antes e durante o procedimento: “vou inclinar a cadeira”, “agora vou usar o sugador”, “usarei o motor odontológico agora”.

- Softwares especiais - existem softwares (como programa LentePro, por exemplo) que possuem sintetizador de voz, fazem a leitura do que aparece escrito na tela do computador. Existem também equipamentos para imprimir o texto em braille.
- Fones de ouvido com música ou audiodescrição - para relaxamento durante o atendimento, se o paciente preferir.
- Iluminação ajustável - importante para baixa visão, evitando reflexos excessivos e aproveitando ao máximo o resíduo visual.
- Cadeira odontológica com apoios confortáveis - para que o paciente se sinta seguro e estável durante todo o atendimento.
- Profissionais e equipe treinados - para acolhimento, paciência e comunicação adequada.

12.4. Deficiência visual e auditiva

A surdo-cegueira é o acometimento dos sentidos sensoriais da visão e da audição, podendo ter níveis de gravidade diferentes. É classificada em dois tipos: quanto ao período de aquisição da linguagem e quanto ao período de surgimento.

Em relação ao período de aquisição, pode ocorrer em dois períodos distintos, como: antes da aquisição de uma linguagem oral ou gestual - surdo-cego pré-linguístico ou pós-simbólicos e após a aquisição da linguagem oral ou gestual - surdo-cego pós-linguístico ou pós-simbólico.

Pacientes surdo-cegos pré-linguísticos apresentam olfato e tato como principais meios de interação com o mundo. Essas limitações sensoriais tornam o desenvolvimento da comunicação bastante prejudicado. Os surdo-cegos pós-linguísticos são educados totalmente no abstrato e nos tipos de resíduos de comunicação que apresentam, que podem ser aproveitados e adaptados a fim de lhes proporcionar mais autonomia.

12.4.1. Recomendações para o atendimento odontológico do paciente surdo-cego

A comunicação com estes pacientes precisa ser individualizada e o profissional deve buscar o melhor meio para obter sucesso no estabelecimento do vínculo e confiança. É

importante saber e detalhar o grau de deficiência auditiva e visual do paciente, que pode variar o nível de comprometimento neuropsicomotor e agravos no seu desenvolvimento. É importante a comunicação com o responsável pelo paciente para que eles informem a melhor e mais adequada maneira de comunicação com o paciente.

É importante saber como é realizada a higienização oral do paciente e orientar os responsáveis sobre a importância para o sucesso do tratamento e a constância na presença das consultas.

Pacientes surdo-cegos costumam reconhecer pessoas pelo olfato, na maioria das vezes, ou seja, recomenda-se manter a fragrância de perfume nas consultas, caso seja utilizada. O tato destes pacientes também costuma ser muito aguçado, ou seja, usar recursos táteis com estes pacientes pode ser um grande aliado na criação do vínculo e confiança.

Manter uma rotina de atendimento para que o paciente possa memorizá-la também é indicado para que o paciente se sinta seguro naquele ambiente. Os responsáveis precisam ser informados e estarem presentes durante o atendimento e realização dos procedimentos e a equipe deve estar capacitada para o atendimento, para favorecer o sucesso.

Indica-se iniciar por procedimentos mais simples, como profilaxia, para adequação e dessensibilização da cavidade bucal. Consultas curtas também são indicadas para não criar desconforto no paciente. É importante que o paciente toque nos instrumentos e equipamentos odontológicos a serem utilizados para que ele possa sentir a textura, tamanho, peso e temperatura. Caso seja possível, evitar materiais que tenham muito odor e que apresentem sabor mais agradável.

Para pacientes que utilizam aparelhos auditivos, é aconselhável removê-los durante os procedimentos. Os sons dos equipamentos de alta rotação, ultrassom e sugador pode gerar desconforto durante o atendimento. Caso o paciente não seja colaborativo ou apresente níveis altos de ansiedade, é indicado utilizar medicamentos ansiolíticos para reduzir a ansiedade com a finalidade de obter um comportamento mais adequado para facilitar o atendimento. A utilização de estabilização protetora e dispositivos para manter a boca do paciente aberta, como abridores de silicone e de borracha são indicados para estabilizar o paciente durante o atendimento.

Em casos mais severos de falta de colaboração por parte do paciente, é indicado levar o paciente para atendimento hospitalar sob anestesia geral. É importante que o

cirurgião-dentista seja capacitado e treinado para o atendimento destes pacientes, o que influencia totalmente no sucesso do tratamento odontológico.

12.3. Adaptações do ambiente odontológico

Algumas adaptações no ambiente odontológico podem ser necessárias para a realização do atendimento odontológico para o paciente que possui algum tipo de deficiência auditiva e/ou visual.

➤ Para pacientes com deficiência auditiva:

- Boa iluminação voltada para o rosto do profissional, facilitando a leitura labial.
- Evitar falar de costas ou usando máscaras opacas. Caso seja possível, utilizar máscaras com visor transparente em situações de instrução.
- Redução de ruídos de fundo, como televisão, rádio, aparelhos odontológicos ligados sem necessidade.
- Disponibilização de materiais escritos simples e objetivos para explicações.
- Uso de recursos visuais, como cartazes, figuras e vídeos com legendas.
- Presença de intérprete de Libras, quando necessário, se possível ou utilização de aplicativos de Libras, softwares de acessibilidade ou tablets para comunicação escrita rápida.

➤ Para pacientes com deficiência visual:

- Instalação de piso tátil para guiar o deslocamento até a recepção e consultório.
- Eliminação de obstáculos no percurso, como móveis soltos, tapetes, cabos expostos.
- Boa iluminação do ambiente para favorecer pacientes com baixa visão.
- Uso de sinalização em braile em portas, banheiros e áreas comuns.
- Recepcionistas e/ou auxiliar deve se oferecer para guiar o paciente até a cadeira odontológica. Lembrando sempre de não puxar ou pegar no braço para guiá-lo. Deve-se apenas colocar a mão do paciente no próprio braço para que seja possível guiá-lo.
- Garantir espaço adequado para acompanhante ou cão-guia, quando necessário.

- Fornecer orientações em formatos acessíveis: áudio, arquivos digitais compatíveis com leitores de tela ou instruções orais reforçadas.

Ambos os grupos de pacientes precisam que a equipe esteja capacitada com treinamento básico em comunicação inclusiva, idealmente incluindo noções de Libras para pacientes com deficiência auditiva e técnicas de orientação para deficientes visuais. O atendimento humanizado, com abordagem respeitosa, empática e sem pressa, garante tempo adequado de vínculo e comunicação. Incluir a participação do cuidador ou responsável pelo paciente, quando necessário, ajuda e fortalece a adesão ao tratamento. É indicado registrar em prontuário as necessidades de comunicação de cada paciente, para facilitar atendimentos futuros. Organizar o espaço clínico, com corredores amplos, rampas de acesso, banheiros adaptados, uso de símbolos padronizados de acessibilidade e contraste de cores para facilitar a visualização são recursos importantes para a inclusão deste grupo de pacientes.

O cirurgião-dentista não precisa apenas de conhecimento técnico para o atendimento odontológico de pacientes com deficiência sensorial, é necessário ter sensibilidade, empatia e preparo para superar as barreiras de comunicação e acessibilidade. A adequação do ambiente clínico, a utilização de estratégias inclusivas e a valorização da comunicação efetiva são fundamentais para garantir um cuidado seguro, humanizado e integral. Ao reconhecer as especificidades de cada paciente e adotar condutas individualizadas, o profissional contribui para a promoção de saúde bucal, para a inclusão social e para a melhoria da qualidade de vida, reafirmando o compromisso da odontologia com a equidade em saúde.

13. Atenção Odontológica à Pessoa com Demência

A demência pode ser definida como uma síndrome caracterizada por declínio cognitivo gradual, envolvendo uma ou mais áreas do domínio cognitivo, como aprendizado, memória, linguagem, função executiva, julgamento e atenção, frequentemente acompanhada de alterações motoras e de convívio social. Essas deficiências impactam as atividades da vida diária e a autonomia, exigindo frequentemente a presença de cuidadores ou responsáveis (SHADLEN et al., 2014). É fundamental que o cirurgião-dentista compreenda tais condições, visto que as limitações cognitivas e funcionais influenciam diretamente a manutenção da saúde bucal e o acesso ao cuidado odontológico.

Embora a prevalência da demência aumente com a idade, não se trata de um componente inevitável do envelhecimento. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 57 milhões de pessoas viviam com demência no mundo em 2021, sendo diagnosticados anualmente quase 10 milhões de novos casos. Mais de 60% encontram-se em países de baixa e média renda, evidenciando a influência dos determinantes socioeconômicos (OMS, 2021). Projeções recentes indicam que esse número pode quadruplicar até 2050, alcançando aproximadamente 152 milhões de pessoas de acordo com a figura 1 (GBD, 2022).



Figura 1. Distribuição mundial da demência: cerca de 57 milhões de pessoas vivem atualmente com a condição; ocorrem aproximadamente 10 milhões de novos casos por ano, com projeção de 152 milhões de pessoas até 2050.

Fonte: OMS, 2021.



Figura 2. Situação da demência no Brasil: 1,8 milhão de pessoas convivem com a condição; cerca de 55 mil novos casos surgem anualmente; a estimativa é de 5,7 milhões de pessoas até 2050.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, 2024.

No Brasil, o cenário é particularmente desafiador. O Relatório Nacional sobre Demência, publicado pelo Ministério da Saúde, estima que 8,5% da população com 60 anos ou mais convive com algum tipo de demência, o que corresponde a cerca de 1,8 milhão de pessoas. A projeção é que esse número chegue a 5,7 milhões até 2050 (BRASIL, 2024). Outros levantamentos corroboram essa magnitude, estimando ao menos 1,76 milhão de brasileiros já acometidos, com tendência de crescimento acelerado em função do envelhecimento populacional (REVISTA PESQUISA FAPESP, 2024). A prevalência é maior entre mulheres e pessoas com baixa escolaridade, reforçando o papel dos determinantes sociais na vulnerabilidade ao declínio cognitivo conforme (BRASIL, 2024). Os principais tipos

de demência incluem a Doença de Alzheimer, a Demência Vascular, a Demência com Corpos de Lewy e a Demência Frontotemporal de acordo com a figura 3 (CARAMELLI; BARBOSA, 2002)

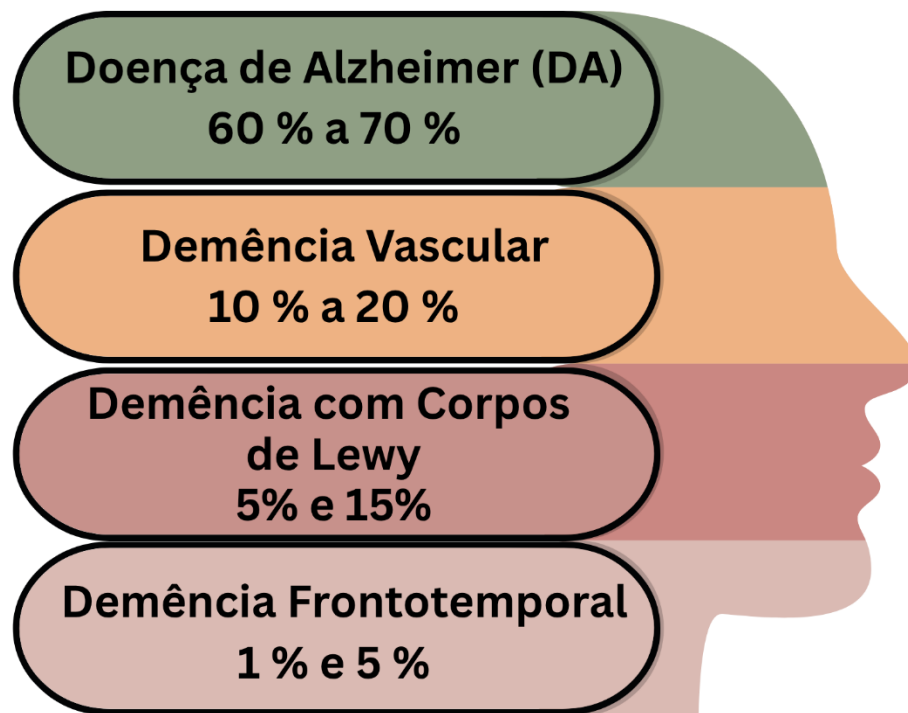


Figura 3. Principais tipos de demência e sua prevalência: Doença de Alzheimer (60–70%), Demência Vascular (10–20%), Demência com Corpos de Lewy (5–15%) e Demência Frontotemporal (1–5%).

Fonte: OMS, 2023

Diante desse cenário, a atenção odontológica à pessoa com demência assume papel central: as limitações cognitivas, motoras e comportamentais podem comprometer rigorosamente a higiene bucal, limitar o acesso ao tratamento e aumentar o risco de doenças bucais. Portanto, é imperativo que os profissionais de odontologia estejam preparados para adaptar suas práticas clínicas às exigências desse público, promovendo saúde bucal de forma segura, integrada e humanizada. Neste guia, a Doença de Alzheimer terá destaque especial, por ser a forma mais prevalente de demência e representar o maior desafio clínico-assistencial no contexto da atenção odontológica.

13.1 Atenção odontológica à pessoa com Doença de Alzheimer

A Doença de Alzheimer (DA) constitui a forma mais prevalente de demência, representando de 50% a 80% dos casos descritos em populações diversas. Por esse motivo, a promoção da saúde bucal nesse grupo é especialmente relevante. Para melhor compreensão de sua evolução e definição de estratégias de cuidado, a DA é didaticamente dividida em três fases: leve, moderada e grave o que permite maior direcionamento das condutas clínicas e do manejo odontológico (MIRANDA et al., 2010; MONTENEGRO; MARCHINI, 2013; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2014).

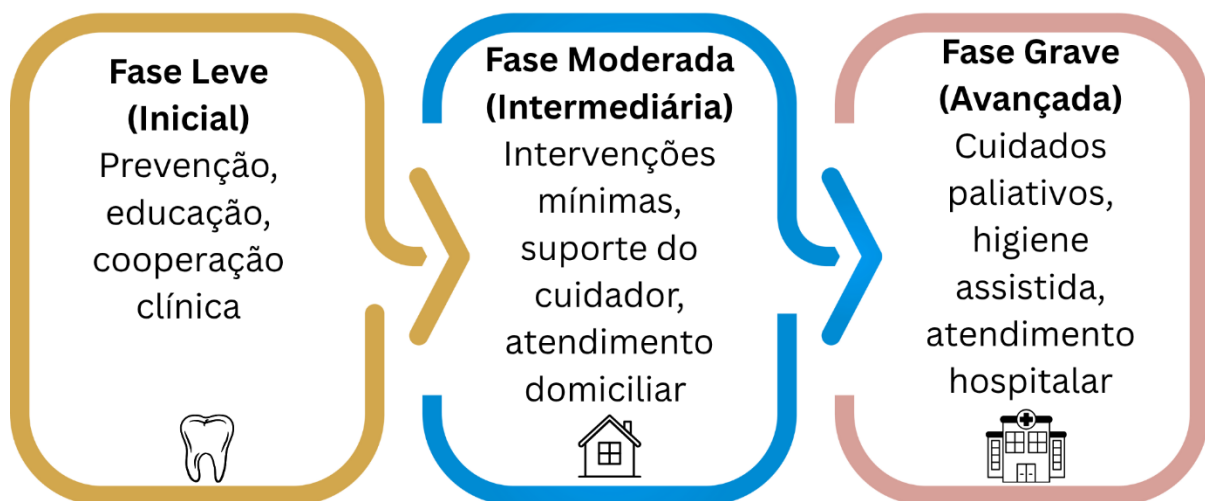


Figura 4. Estágios clínicos da demência e condutas odontológicas: fase leve (prevenção, educação, cooperação clínica); fase moderada (intervenções mínimas, suporte do cuidador, atendimento domiciliar); fase grave (cuidados paliativos, higiene assistida, atendimento hospitalar).

Fonte: Elaboração própria.

No estágio inicial (fase leve), os sintomas podem ser sutis e confundidos com o envelhecimento natural. O paciente pode apresentar falhas de memória recente, dificuldades de linguagem, confusão quanto ao dia ou horário, desorientação mesmo em ambientes familiares, além de alterações de humor, apatia e ansiedade. Do ponto de vista

odontológico, esse estágio oferece condições mais favoráveis de participação e cooperação do paciente, sendo uma janela estratégica para intervenções preventivas, estabilização da saúde bucal e educação de cuidadores (MIRANDA et al., 2010; MIRANDA et al., 2012; MANCINI et al., 2010).

No estágio intermediário (fase moderada), as limitações tornam-se mais evidentes: há prejuízo significativo da memória, dificuldade em evocar nomes, repetição de perguntas, distúrbios do sono, alterações comportamentais e maior dependência funcional. A higiene bucal e a manutenção de próteses passam a depender de cuidadores, e estudos apontam piora expressiva dos índices de placa bacteriana, gengivite e progressão de doença periodontal em pessoas com DA (DELMAN et al., 2017; HAMZA et al., 2021). Estratégias como atendimento domiciliar, protocolos de mínima intervenção e uso criterioso de fármacos podem ser necessários para manter conforto e funcionalidade (GURGEL; MIRANDA, 2012; GAO; CHU; YOUNG, 2020).

O estágio avançado (fase grave) caracteriza-se por dependência total e limitação severa das capacidades cognitivas e motoras. O paciente pode apresentar disfagia, incapacidade de comunicação, desorientação profunda, apatia, limitações motoras graves e necessidade de estar acamado ou em cadeira de rodas. Nesse estágio, a atenção odontológica deve priorizar medidas de conforto, higiene bucal assistida, prevenção de infecções e condutas de mínima intervenção (MIRANDA; MONTENEGRO, 2010; ROCHA; MIRANDA, 2013). A assistência domiciliar e hospitalar, nessa fase, inclusive em unidades de terapia intensiva, torna-se essencial, sempre em abordagem interdisciplinar envolvendo familiares e equipe multiprofissional. Pesquisa desenvolvida por LI et al. (2023) mostrou que indivíduos com demência utilizam menos os serviços odontológicos e apresentam piores desfechos em tratamentos, comparados a pessoas sem comprometimento cognitivo.

13.2. Evidências Científicas Recentes sobre a Relação entre Saúde Bucal e Demência

Uma revisão sistemática de escopo desenvolvida por SHIVAKUMAR et al. (2025) evidenciou associação entre má saúde bucal, com presença de biofilme dentário elevado (placa bacteriana dental), sangramento gengival e doença

periodontal e pior desempenho cognitivo em indivíduos com demência ou Alzheimer, com vias inflamatórias como possíveis mediadoras dessa relação.

Pacientes com Alzheimer e demência apresentam parâmetros orais mais alterados; como pior higiene bucal, maior carga bacteriana, redução da secreção salivar e maior prevalência de lesões mucosas; em comparação a indivíduos sem esse diagnóstico (HAMZA et al., 2021).

O déficit de higiene bucal e deterioração oral se correlaciona com a progressão da demência: à medida que as funções cognitivas sofrem declínio, o cuidado oral autônomo se torna inviável, favorecendo acúmulo de biofilme dental, piora periodontal e risco de dor ou infecções silenciosas (DELMAN et al., 2017; HAMZA et al., 2021).

Pacientes com demência têm menor probabilidade de buscar ou completar tratamentos odontológicos, resultando em desfechos menores e atraso nas intervenções necessárias (LI et al., 2023).

Esses achados reforçam a necessidade de o cirurgião-dentista adotar abordagem adaptada, proativa e centrada no paciente, especialmente nos primeiros estágios da DA, visando preservar a condição oral e minimizar agravamentos futuros.

13.3. Características bucais em pessoas idosas com Doença de Alzheimer e outras demências

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil) de 2010, a taxa de edentulismo em pessoas idosas (65 a 74 anos) era elevada, sendo que apenas 7,3% dos indivíduos dessa faixa etária não necessitavam de prótese total (BRASIL, 2012a). Mais recentemente, análises comparativas entre inquéritos nacionais (2003, 2010 e 2023) mostraram uma tendência de redução do edentulismo nessa faixa etária — de 53% para 36,3% — e queda do índice CPOD médio de 27,5 para 23,6, embora ainda persistam desigualdades regionais e sociais (FERREIRA et al., 2025). Esse cenário reflete os avanços da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que ampliou o acesso da população a serviços odontológicos no Sistema Único de Saúde (SUS) e fortaleceu medidas preventivas (BRASIL, 2023).

Apesar dessa evolução, pessoas idosas com DA e outras demência apresentam condições bucais mais críticas, decorrentes da perda da autonomia no autocuidado, visitas

odontológicas irregulares, barreiras no acesso a serviços especializados e carência de assistência domiciliar e hospitalar. Entre os problemas bucais mais frequentes destacam-se (Figuras 5-9):

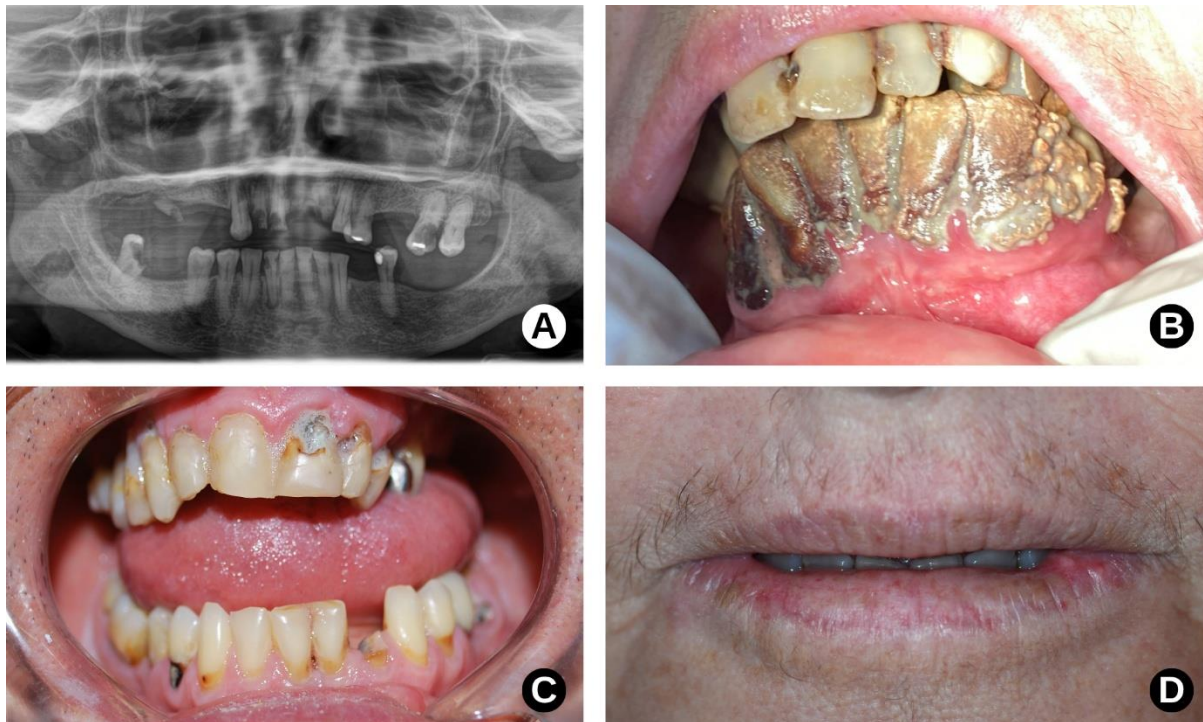


Figura 5. Alterações bucais frequentes em pessoas idosas com demência: radiografia panorâmica (A); acúmulo intenso de cálculo e biofilme (B); múltiplas lesões cariosas e restaurações deficientes (C); ressecamento labial (D).

Fonte: Acervo pessoal, 2025.

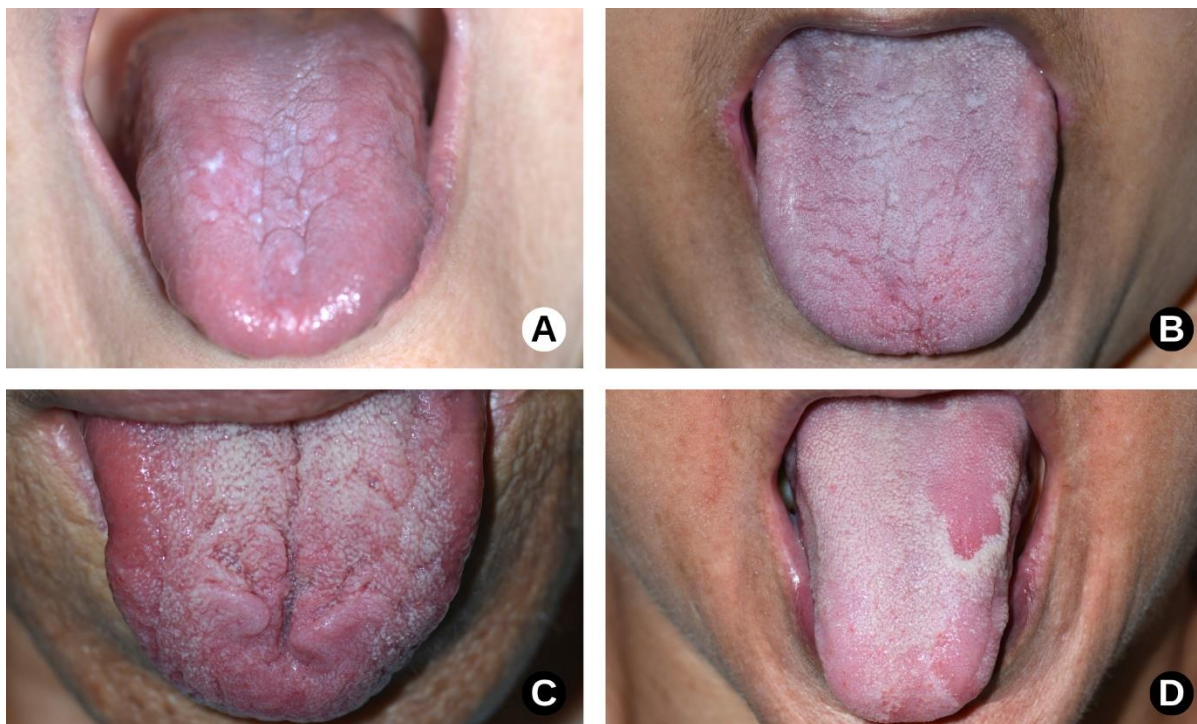


Figura 6. Alterações linguais comuns em idosos com demência: língua fissurada (A), língua saburrosa (B), língua fissurada e saburrosa (C) e língua geográfica (D).

Fonte: Acervo pessoal, 2025.

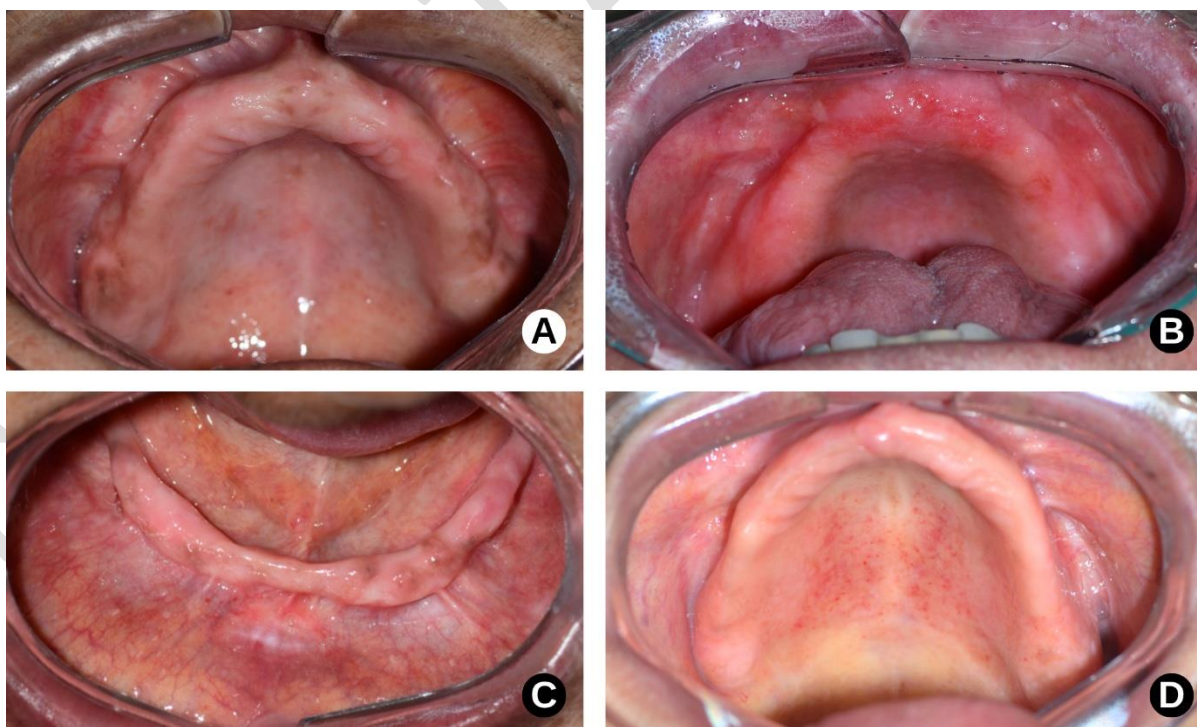


Figura 7. Estomatite protética em usuários de próteses removíveis com demência: alterações inflamatórias no palato superior e na mucosa alveolar em diferentes graus de intensidade associada a candidíase (A–D).

Fonte: Acervo pessoal, 2025.

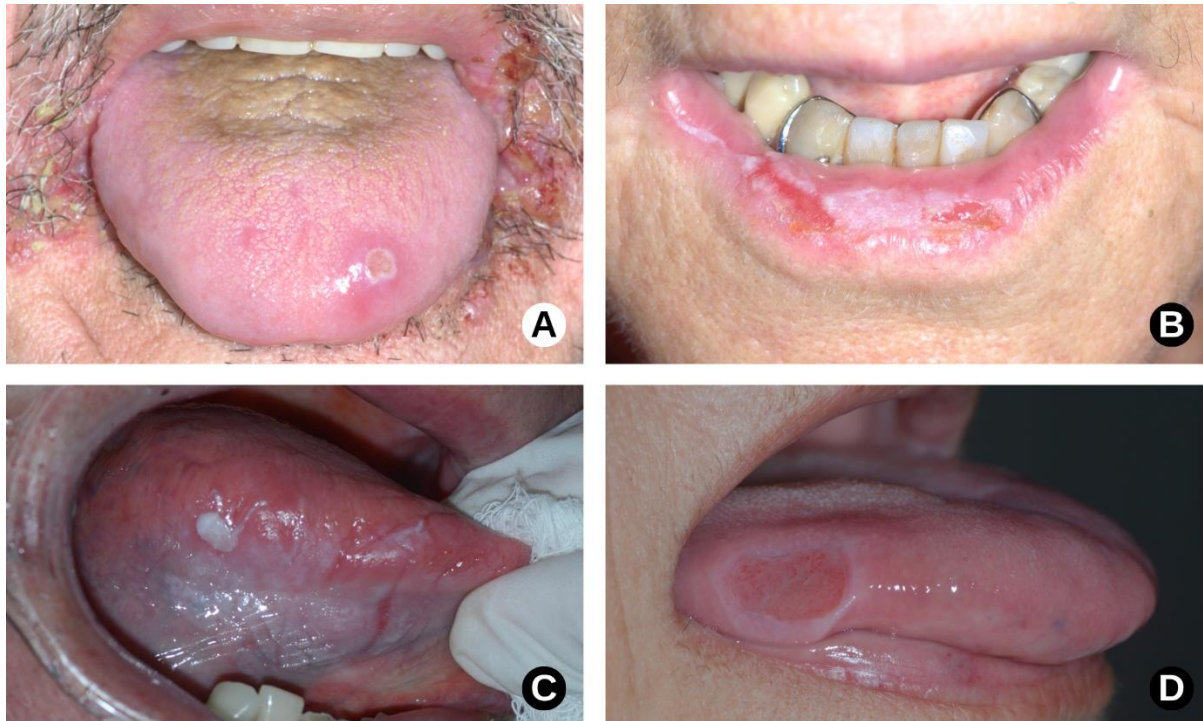


Figura 8. Lesões de mucosa oral em pessoas idosas com demência: língua pilosa e estomatite aftosa (A), queilite plasmocitária (B), leucoplasia em borda lateral de língua (C) e úlcera eosinofílica (D).

Fonte: Acervo pessoal, 2025.



Figura 9. Atendimento odontológico domiciliar em pessoas com demência: realização de radiografia digital portátil (A), exame clínico da cavidade oral (B), tratamento restaurador (C) e fotopolimerização (D).

Fonte: Acervo pessoal, 2025.

- Higiene bucal deficiente: consequência da perda cognitiva, da apraxia e da apatia, somada à sobrecarga ou despreparo de cuidadores para auxiliar na higiene diária (MIRANDA et al., 2010; CHENG et al., 2025).
- Hipossalivação: associada principalmente ao uso contínuo de medicamentos psicotrópicos, anticolinérgicos e ansiolíticos, favorecendo cáries, candidíase e desconforto mastigatório (FRIEDLANDER et al., 2006; HAMZA et al., 2021).
- Cárie, doença periodontal e lesões de mucosa: maior prevalência de cárie radicular, inflamação gengival e periodontite em pessoas com demência em comparação a idosos sem comprometimento cognitivo (FOLEY et al., 2017; PRUNTEL et al., 2024; FU et al., 2024).
- Saburra lingual: a higienização deficiente da língua favorece acúmulo de biofilme no dorso lingual, servindo como reservatório para microrganismos patogênicos (MORISHITA et al., 2016; CHENG et al., 2025).

- Uso inadequado de próteses: próteses mal adaptadas e utilizadas continuamente, sem remoção noturna, aumentam a ocorrência de estomatite protética e infecções fúngicas (FRIEDLANDER et al., 2006; MIRANDA et al., 2010).
- Dificuldade mastigatória: relacionada ao edentulismo, próteses deficientes e ao comprometimento neuromotor característico da doença, com impacto na nutrição e na qualidade de vida (NICOLAS et al., 2007).

13.4. Principais Condições Bucais em Idosos com Doença de Alzheimer e Outras Demências

A coexistência de condições crônicas agrava o quadro bucal em pessoas com demência. A diabetes mellitus, cuja prevalência aumenta após os 65 anos, é um fator importante, pois o mau controle glicêmico favorece xerostomia, candidíase, doença periodontal, perda precoce de dentes e atraso na cicatrização (WILSON et al., 2010; ALVES et al., 2007) (Figura 5). Um estudo de revisão sistemática com metanálise indicou que diabéticos apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de demência, incluindo Doença de Alzheimer e demência vascular (CHENG et al., 2012).

Outra condição de relevância é a pneumonia nosocomial, especialmente em pacientes idosos internados em unidades de terapia intensiva e submetidos à ventilação mecânica. A má higiene bucal aumenta a colonização por patógenos respiratórios gram-negativos no biofilme dental e na saburra lingual, favorecendo pneumonia por aspiração (SACHDEV et al., 2013; SILVA et al., 2016). A higiene bucal regular reduz significativamente a incidência de pneumonia em pacientes hospitalizados (NEEDLEMAN et al., 2011). Assim, a prática da higiene bucal no ambiente hospitalar deve ser prioridade na prevenção de complicações infecciosas (MIRANDA, 2016).

13.5. Cuidados especiais e abordagem clínica

O atendimento odontológico ao idoso com demência deve iniciar com uma anamnese minuciosa, contemplando o estadiamento da doença, histórico médico, lista de medicamentos e acompanhamento multiprofissional (MIRANDA; LIA; MONTENEGRO, 2009). O conhecimento das interações medicamentosas e dos riscos de efeitos adversos é essencial para o planejamento seguro.

As condutas devem ser adaptadas às fases da demência (leve, moderada e grave), priorizando a prevenção e a mínima intervenção. A disfagia progressiva exige maior atenção ao uso de sistemas de sucção durante procedimentos clínicos e à escovação supervisionada por cuidadores. A percepção de dor pode ser prejudicada, sendo necessário observar sinais indiretos, como recusa alimentar, inquietação e não utilização de próteses (FISKE et al., 2006).

A sobrecarga de cuidadores muitas vezes compromete a regularidade da higiene oral. Portanto, é indispensável a capacitação desses responsáveis, com estratégias educativas simples e objetivas. A participação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional desde o diagnóstico é fundamental para integrar a saúde bucal ao plano terapêutico global (MONTENEGRO; MARCHINI, 2013).

Nos casos de interdição legal, o responsável assume a tomada de decisões, inclusive a assinatura de consentimento informado (MONTENEGRO; MARCHINI, 2013).

13.6. Estratégias de manejo do comportamento

No manejo clínico, recomenda-se que as consultas sejam breves, com instruções claras e repetidas. O uso de música, contato visual e apoio de cuidadores durante o atendimento pode reduzir ansiedade e melhorar a cooperação (FRIEDLANDER et al., 2006; MONTENEGRO; MARCHINI, 2013). Estratégias de distração e comunicação empática são preferíveis a confrontos diretos.

Quando o manejo comportamental não é suficiente, pode ser necessária a sedação oral ou endovenosa, sempre sob monitoramento médico e avaliação criteriosa de contraindicações (MIRANDA et al., 2009; MIRANDA et al., 2017). O objetivo final deve ser sempre a manutenção da qualidade de vida, do conforto e da dignidade da pessoa com demência.

13.7. Atenção à saúde Odontológica para Pessoas com Demência

A seguir, apresenta-se o processo de cuidado integral em odontologia para Pessoas com Demência, estruturada em quatro dimensões assistenciais (Atenção Primária, Secundária, Terciária/Hospitalar e Domiciliar) e complementada por estratégias de

educação permanente, uso de tecnologias assistivas, indicadores de monitoramento e incentivo à pesquisa. Esse modelo visa orientar o planejamento e a prática clínica do cirurgião-dentista, em consonância com os princípios de integralidade, equidade e humanização do SUS.

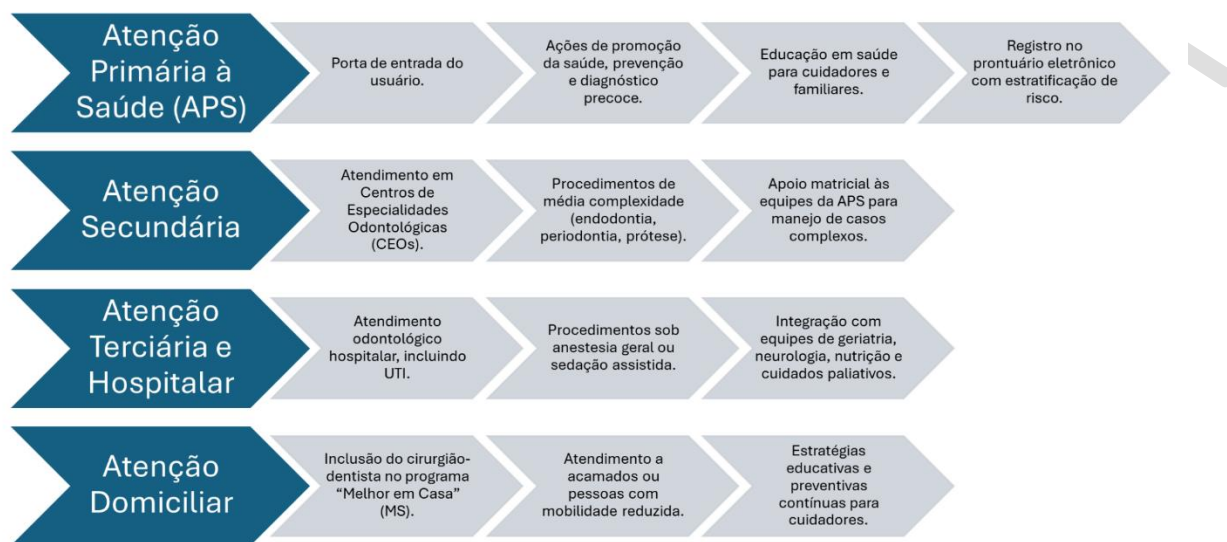


Figura 10. Atenção à saúde Odontológica para pessoas com demência: integração entre atenção primária, secundária, terciária/hospitalar e domiciliar, com ênfase na promoção, prevenção, atendimento especializado e cuidados multiprofissionais.

Fonte: Elaboração própria, 2025.

13.8. Estratégias complementares

O Ministério da Saúde e a OMS reforçam que o cuidado à pessoa com demência deve ser conduzido de forma integral, longitudinal e multiprofissional, articulando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação ao longo de todo o curso da doença (BRASIL, 2024; World Health Organization-WHO, 2021). Nesse sentido, a implementação de linhas de cuidado favorece a organização da atenção em rede e amplia o alcance de estratégias complementares que visam qualificar a assistência em saúde bucal (Figura 11-12).



Figura 11. Abridores de boca. Abridores de borracha (A), tipo Biggi (B), abridor de boca de garrafa (C), abridor de rolha de cortiça inserido em luva de procedimento (D), abridor confeccionado com espátula de plástico (E), abridor de boca molt (F), abridor de boca abritec (G) e abridor de borracha com sugador acoplado (H).

Fonte: Os Autores, 2025.

Entre as principais, destacam-se:

- Educação permanente: promoção de programas contínuos de capacitação das equipes de saúde bucal, com ênfase no manejo clínico, comportamental e comunicacional de pessoas com demência, favorecendo abordagens humanizadas e resolutivas.
- Tecnologias assistivas: incorporação de dispositivos que auxiliem no cuidado, como escovas elétricas adaptadas, suportes para higienização e softwares de monitoramento, possibilitando maior autonomia do paciente e apoio aos cuidadores.
- Indicadores de saúde bucal: inclusão de parâmetros específicos para pessoas com demência nos sistemas de informação em saúde (e-SUS, SISBucal), permitindo o monitoramento epidemiológico e a avaliação contínua da qualidade da atenção prestada.

- Pesquisa e inovação: estímulo a investigações sobre biomarcadores salivares, alterações da microbiota oral e sua relação com o declínio cognitivo, além do desenvolvimento de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas que possam integrar a prática clínica.

Essas estratégias complementares fortalecem a efetividade da linha de cuidado, favorecendo a integração entre níveis assistenciais e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência e de seus cuidadores.



Figura 12. Aplicação prática dos dispositivos de apoio em pessoas com demência: abridor de rolha de cortiço inserido em luva de procedimento (A), Posicionamento do abridor de garrafa (B), Paciente utilizando abridor de boca tipo Biggi (C), Paciente utilizando abridor de boca tipo abritec (D), apoio postural durante atendimento (E–F), apoio postural com colchão a vácuo(G) e atendimento odontológico realizado em centro cirúrgico (H).

Fonte: Acervo pessoal, 2025.

13.9. Interface entre Demência, Saúde Bucal e Equipe Multiprofissional

O impacto da demência sobre a saúde bucal não se limita a manifestações locais. Trata-se de um processo que envolve alterações cognitivas, motoras, sociais e clínicas, com repercussões diretas na qualidade de vida e no risco de complicações sistêmicas. Evidências

científicas recentes demonstram que a má higienização oral em pessoas com demência favorece a colonização por microrganismos oportunistas, aumenta o risco de pneumonia por aspiração e pode até acelerar o declínio cognitivo. Nesse contexto, o trabalho da equipe multiprofissional, envolvendo dentistas, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas e cuidadores, é fundamental para romper o ciclo entre sintomas da demência, saúde bucal deficiente e complicações associadas.

A higiene bucal deficiente é um fator de risco relevante para pneumonia por aspiração em idosos, especialmente em instituições de longa permanência, onde patógenos orais como *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* e *Candida spp.* são frequentemente isolados em quadros graves (KHADKA et al., 2021). A higienização profissional da cavidade bucal, conduzida por cirurgiões-dentistas, associa-se à redução da reincidência de pneumonia por aspiração em comparação à higiene realizada apenas por equipe de enfermagem (MIYAGAMI et al., 2024). Um estudo de revisão sistemática com meta-análise conduzido por GUO et al. (2024) mostrou que intervenções de saúde bucal podem exercer efeito protetor sobre a cognição em pessoas com demência, reforçando que o cuidado odontológico transcende a função mastigatória, influenciando trajetórias da doença.

Diretrizes contemporâneas, como a revisão Cochrane sobre cuidados orais para prevenir pneumonia em idosos institucionalizados (CAO et al., 2022), recomendam protocolos rigorosos de descontaminação e interrupção do biofilme dentário como parte integrante da atenção integral. Da mesma forma, ferramentas práticas como o Dental Provider Practice Tool (Figura 13) para cuidados odontológicos em pessoas com demência orientam os profissionais na aplicação de planos individualizados de prevenção, adaptação do ambiente clínico e capacitação da equipe multiprofissional (ACT, 2022).

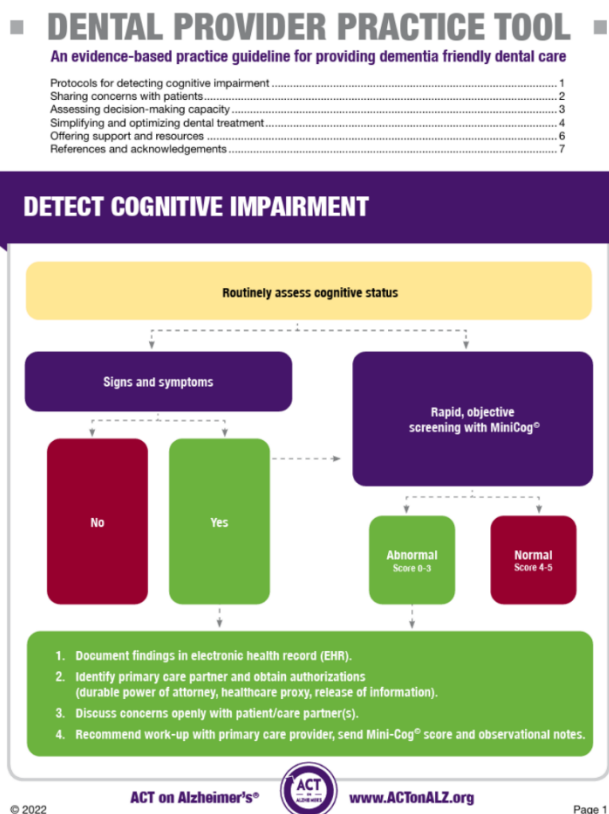


Figura 13. Dental Provider Practice Tool: ferramenta de prática clínica baseada em evidências para atendimento odontológico de pessoas com demência, incluindo protocolos para detecção de comprometimento cognitivo, simplificação do tratamento, avaliação da capacidade de decisão e oferta de suporte multiprofissional.

Fonte: (ACT, 2022).

A interface entre demência, saúde bucal e equipe multiprofissional deve ser entendida como um ponto estratégico da linha de cuidado integral, no qual a intervenção odontológica preventiva e coordenada pode reduzir complicações sistêmicas, preservar a funcionalidade e contribuir de forma decisiva para a qualidade de vida da pessoa com demência.

13.10. Considerações finais

O cuidado odontológico à pessoa com demência deve ser planejado ao longo de todo o curso da doença, articulando prevenção, manejo clínico, atenção domiciliar e hospitalar, e cuidados paliativos. A integração da saúde bucal à Linha de Cuidado Integral para Pessoas

com Demência no SUS representa um avanço no reconhecimento do direito à saúde oral como parte indissociável da qualidade de vida.

CONSULTA PÚBLICA

14. Atenção odontológica à pessoa com Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson (DP) é uma enfermidade neurodegenerativa progressiva e irreversível, definida clinicamente pelos sinais motores de tremor em repouso, rigidez muscular, bradicinesia e alterações da marcha que resultam em instabilidade postural. Entretanto, hoje é compreendida como um transtorno multissistêmico e complexo, no qual os sintomas não motores têm importância equivalente aos motores (Quadro 1). Entre eles, destacam-se manifestações cognitivas (déficit cognitivo leve e demência), distúrbios neuropsiquiátricos (depressão, ansiedade, apatia, psicoses), alterações do sono e vigília, disfunções autonômicas (hipotensão ortostática, constipação, disfunções urinárias e sexuais), além de dor crônica, fadiga, alterações sensoriais e gastrointestinais, muitas vezes presentes antes do diagnóstico motor (CHOU, 2018; SURMEIER; OBESO; HALLIDAY, 2017).

Quadro 1 – Sinais e sintomas motores e não motores associados à Doença de Parkinson.

Categoria	Sinais e sintomas
Motores	Tremor de repouso; bradicinesia (lentidão de movimentos); rigidez muscular; instabilidade postural; distúrbios da marcha (marcha festinante, congelamento de marcha); micrografia (redução progressiva do tamanho da escrita); hipomimia (redução da expressão facial); disartria e hipofonia.
Não motores	Déficit cognitivo leve e demência; distúrbios do humor (depressão, ansiedade, apatia); psicoses e alucinações (muitas vezes induzidas por medicamentos); distúrbios do sono (insônia, sonolência diurna excessiva, distúrbio comportamental do sono REM); fadiga; dor crônica e disestesia; disfunções autonômicas (hipotensão ortostática, constipação intestinal, disfunções urinárias e sexuais, sudorese, sialorreia, xerostomia); distúrbios sensoriais (hiposmia, disgeusia, dor neuropática); alterações dermatológicas (seborreia, prurido).

Fonte: Adaptado de CHOU (2018); SURMEIER; OBESO; HALLIDAY (2017); DORSEY; BLOEM (2024); ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA (2024).

Do ponto de vista epidemiológico, a prevalência da DP aumenta com a idade. Estima-se que, em 2021, cerca de 11,77 milhões de pessoas viviam com a doença no mundo, com taxas ajustadas por idade de aproximadamente 138,63 casos por 100.000 habitantes (SUN et al., 2024). A prevalência é ainda maior em populações acima de 80 anos, chegando a 1.901 por 100.000 habitantes (PRINGSHEIM et al., 2014; ROCHESTER; DORSEY; BLOEM, 2024). Em adultos com mais de 45 anos, a prevalência estimada é de 572 por 100.000 habitantes (DORSEY; BLOEM, 2024). A doença é mais prevalente em homens e compromete de forma significativa a qualidade de vida.

No campo odontológico, há evidências robustas de que indivíduos com DP apresentam pior saúde bucal quando comparados à população geral, com maiores índices de cárie, doença periodontal, perda dentária e necessidade de próteses, associados a limitações motoras, disfagia, xerostomia induzida por medicamentos e menor adesão ao autocuidado (VERHOEFF et al., 2023; MARTIMBIANCO et al., 2021). Estudos em populações brasileiras evidenciaram maior acúmulo de biofilme, instabilidade protética e retenção de resíduos alimentares nos indivíduos afetados com DP, reforçando a importância de protocolos preventivos intensivos e acompanhamento regular (OLIVEIRA et al., 2023; PEREIRA et al., 2024).

Uma pesquisa desenvolvida por MURCIA-FLORES et al. (2025) mostrou uma associação entre disbiose oral e progressão da doença, sugerindo que a microbiota bucal pode desempenhar papel na neuroinflamação e na evolução dos sintomas não motores, como distúrbios cognitivos. Nesse contexto, os cuidados preventivos com a cavidade bucal desempenham papel central não apenas no controle das doenças cárie e periodontal, mas também na redução de fatores de risco sistêmicos e na promoção da qualidade de vida de pessoas com DP (Figuras 1-3).



Figura 1. Vista intraoral de paciente com Doença de Parkinson evidenciando língua protruída e tremores orofaciais, comuns nos estágios moderados da doença.

Fonte: Acervo pessoal.



Figura 2. Vista intraoral de paciente com Doença de Parkinson apresentando desgaste dentário, alterações de higiene oral e instabilidade protética associada a movimentos involuntários.

Fonte: Acervo pessoal.



Figura 3. Vista intraoral de paciente com Doença de Parkinson em estágio avançado, com perdas dentárias múltiplas, acúmulo de biofilme e doença periodontal ativa, ilustrando o impacto da limitação motora e da redução do autocuidado sobre a saúde bucal.

Fonte: Acervo pessoal.

Quadro 2 – Características bucais associadas à Doença de Parkinson

Categoria	Características bucais
Motores orofaciais	Tremores dos lábios, língua e mandíbula; movimentos involuntários mastigatórios; dificuldade de abertura bucal (rigidez orofacial); bruxismo e discinesias orais.
Função mastigatória e deglutição	Mastigação lenta e pouco eficiente; disfagia orofaríngea (dificuldade de propulsão do bolo alimentar); retenção de resíduos na cavidade bucal; risco aumentado de aspiração.

Controle salivar	Sialorreia (acúmulo de saliva nas comissuras, risco de queilite angular por <i>Candida spp.</i>); xerostomia induzida por medicamentos antiparkinsonianos.
Higiene bucal e risco de doença	Dificuldade em realizar higiene oral independente; maior acúmulo de biofilme; prevalência elevada de cárie radicular e doença periodontal; necessidade frequente de próteses.
Próteses dentárias	Dificuldade de inserção, retirada e estabilização de próteses removíveis; desgaste e fraturas protéticas associadas a movimentos involuntários.
Sintomas subjetivos	Síndrome da ardência bucal (até 25% dos pacientes, principalmente em língua, lábios e palato); disgeusia; halitose; dor orofacial crônica.

Fonte: Adaptado de VERHOEFF et al. (2023); MARTIMBIANCO et al. (2021); PEREIRA et al. (2024); OLIVEIRA et al. (2023); MURCIA-FLORES et al. (2025).

14.1. Atenção à saúde Odontológica para para pessoas com Doença de Parkinson

A assistência odontológica a pessoas com DP deve ser planejada e executada de forma interdisciplinar, envolvendo cirurgiões-dentistas, médicos (neurologistas, geriatras), fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, com participação ativa da família e/ou cuidadores. O objetivo é adequar o meio bucal, eliminando focos de infecção, processos inflamatórios e condições dolorosas que possam comprometer a saúde geral, a nutrição e a qualidade de vida (VERHOEFF et al., 2023; NICE, 2017; ABN, 2024).

Diante desse cenário, torna-se imprescindível que a atenção odontológica seja planejada de maneira interdisciplinar e integrada, articulando-se com as linhas de cuidado em saúde já estabelecidas para pessoas com DP (Figura 4).

1. Triagem e Avaliação Inicial (APS)

- Anamnese dirigida (história médica, uso de fármacos antiparkinsonianos, risco de disfagia).
- Avaliação clínica da cavidade oral (biofilme, cárie, doença periodontal, próteses, mucosas).
- Classificação do risco (baixo, moderado, alto).
- Educação inicial em saúde bucal para paciente e cuidadores.
- ➔ Encaminhar para acompanhamento periódico na APS ou para atenção especializada, conforme necessidade.

2. Atenção Primária (acompanhamento preventivo regular)

- Consultas a cada 3–4 meses.
- Profilaxia, aplicação de flúor, reforço de higiene bucal.
- Treinamento de cuidadores (escova elétrica, gaze com antisséptico).
- Identificação precoce de dor, disfagia, sialorreia ou complicações protéticas.
- ➔ Encaminhar para atenção especializada em casos de dor crônica, dificuldade protética, ou risco elevado de aspiração.

3. Atenção Especializada (estomatologia, periodontia, prótese, fonoaudiologia)

- Manejo de dor orofacial, sialorreia, ardência bucal.
- Ajuste/reabilitação protética com materiais simplificados e resistentes.
- Intervenções restauradoras adaptadas (ionômero de vidro, resinas bulk-fill).
- Apoio fonoaudiológico no controle da disfagia e reabilitação da fala.
- Planejamento conjunto com neurologia, geriatria e nutrição.
- ➔ Encaminhar para atenção hospitalar em casos de incapacidade de cooperação, necessidade de cirurgia ou reabilitação complexa.

4. Atenção Hospitalar (casos avançados e complexos)

- Atendimento em ambiente hospitalar para procedimentos sob sedação ou anestesia geral.
- Equipe multiprofissional para controle de via aérea e riscos aspirativos.
- Planejamento cirúrgico e reabilitador com acompanhamento pós-operatório intensivo.
- Avaliação periódica com neurologia, geriatria e odontologia hospitalar.

5. Monitoramento e Continuidade do Cuidado

- Acompanhamento periódico compartilhado entre APS, especializada e hospitalar.
- Registro clínico integrado (prontuário multiprofissional).
- Avaliação contínua da progressão da doença e ajustes nas condutas odontológicas.
- Estratégias de suporte domiciliar para pacientes em estágio avançado.

Figuras 4: Etapas do seguimento da linha de cuidado em Odontologia para pessoas com Doença de Parkinson, destacando os níveis de atenção (APS, especializada e hospitalar) e o monitoramento contínuo.

Fonte: Acervo pessoal.

A elaboração da linha de cuidado seguiu uma síntese narrativa de diretrizes clínicas e recomendações de sociedades científicas reconhecidas internacionalmente. Para subsidiar o conteúdo, foram consultados documentos oficiais do National Institute for Health and Care Excellence – NICE (Guideline NG71, 2017), da American Academy of Neurology (AAN, 2022), da European Federation of Neurological Societies (EFNS, 2023) e o Consenso Brasileiro sobre Sintomas Não Motores da Doença de Parkinson da Academia Brasileira de Neurologia (ABN, 2024).

Além disso, foram revisados artigos publicados entre 2021 e 2025 nas bases PubMed e SciELO, utilizando descritores relacionados à doença de Parkinson e seus sintomas não motores. Ressalta-se que não se trata de uma revisão sistemática, e sim de uma revisão narrativa de apoio à construção do guia, sem pretensão de exaustividade e não destinada à publicação acadêmica.

Assim, a linha de cuidado em Odontologia aqui apresentada busca alinhar recomendações baseadas em evidências ao contexto clínico da DP, estabelecendo estratégias de prevenção, manejo clínico e reabilitação que sejam seguras, efetivas e viáveis dentro da realidade dos serviços de saúde.

O atendimento odontológico à pessoa com DP exige um conjunto de estratégias específicas que considerem tanto as limitações motoras e cognitivas quanto os efeitos adversos dos fármacos utilizados no tratamento da doença. A prática clínica deve ser norteada pela segurança do paciente, pela simplificação dos procedimentos e pela integração multiprofissional, com participação ativa da família e cuidadores (NICE, 2017; AAN, 2022; ABN, 2024).

Tais orientações buscam garantir que o cuidado odontológico seja realizado de forma eficaz, humanizada e alinhada à realidade da progressão da doença, reduzindo riscos de complicações locais e sistêmicas e promovendo melhor qualidade de vida.

Quadro 3 – Recomendações clínicas atualizadas para a Odontologia na Doença de Parkinson

Aspecto clínico	Recomendações práticas
Interações medicamentosas	Avaliar impacto de medicação antiparkinsonianas sobre a cavidade oral (xerostomia, discinesias) e ajustar condutas em conjunto com equipe médica.
Posicionamento do paciente	Evitar inclinação além de 45°; priorizar consultas curtas, no “tempo on” da medicação levodopa
Controle de via aérea e sucção	Preferir isolamento absoluto com sucção eficiente; equipe auxiliar deve monitorar acúmulo de saliva.
Dispositivos auxiliares	Usar abridores de boca adaptados (simples ou comerciais) em casos de abertura limitada ou movimentos involuntários.
Materiais restauradores	Priorizar ionômero de vidro ou resinas bulk-fill (liberação de flúor, procedimentos simplificados).
Casos avançados	Considerar sedação mínima, endovenosa ou anestesia geral apenas em ambiente hospitalar com equipe multiprofissional.

Higiene bucal	Realizada pelo paciente ou cuidador; uso de escovas elétricas/cabos adaptados; fio dental montado em haste; treinamento de cuidadores; fio dental montado em haste.
Antissépticos bucais	Evitar bochechos convencionais em disfagia; usar gaze embebida em solução antisséptica aplicada por cuidadores.
Periodicidade de acompanhamento	Consultas preventivas a cada 3–4 meses; mais frequentes em casos de alto risco.
Adaptações clínicas	Uso de colchão a vácuo, posicionadores cervicais; garantir acessibilidade e tempo adequado de consulta.
Planejamento de reabilitações	Evitar reabilitações complexas sem estabilização prévia; indicar apenas quando houver plano realista de manutenção.

Fonte: (FRIEDLANDER; POTASHNIK; ETTINGER, 2009).

A atenção odontológica à pessoa com DP constitui um desafio clínico que vai além do manejo de lesões cariosas e periodontais, exigindo do cirurgião-dentista uma abordagem integral, preventiva e adaptada às particularidades motoras, cognitivas e sistêmicas desses pacientes. De acordo com a literatura, indivíduos com DP apresentam piores indicadores de saúde bucal quando comparados à população geral, fato que reforça a necessidade de protocolos específicos de acompanhamento, com ênfase na prevenção, no manejo simplificado e na capacitação do paciente e de seus cuidadores (MARTIMBIANCO et al., 2021; VERHOEFF et al., 2023; PEREIRA et al., 2024).

A integração da odontologia às linhas de cuidado em saúde da pessoa com DP deve ser encarada como um componente essencial do cuidado multiprofissional, com impacto direto na qualidade de vida, na capacidade funcional e até mesmo na evolução dos sintomas sistêmicos, considerando as evidências recentes que relacionam a saúde oral à neuroinflamação e à progressão da doença (MURCIA-FLORES et al., 2025).

Dessa forma, consolidar protocolos assistenciais baseados em consensos nacionais e internacionais (NICE, 2017; AAN, 2022; EFNS, 2023; ABN, 2024) é fundamental para garantir

a efetividade das condutas, reduzir riscos de complicações locais e sistêmicas e promover um cuidado verdadeiramente humanizado e seguro. Cabe aos serviços de saúde, aos cursos de odontologia e aos profissionais a responsabilidade de transformar essas diretrizes em práticas clínicas factíveis e sustentáveis, alinhadas às necessidades da população e às particularidades de cada contexto.

14.2. Interface entre Doença de Parkinson, Saúde Bucal e Equipe Multiprofissional

A integração multiprofissional é essencial. Enquanto o neurologista coordena o tratamento farmacológico, o cirurgião-dentista identifica e controla infecções, doença periodontal e complicações protéticas; o fonoaudiólogo atua na reabilitação da deglutição e da fala; o nutricionista orienta dietas adaptadas à mastigação e disfagia; o fisioterapeuta promove melhora da motricidade global e orofacial; e o psicólogo oferece suporte no enfrentamento dos transtornos de humor associados (COTERA et al., 2025). Esse modelo de cuidado compartilhado reduz riscos de desnutrição, aspiração, dor crônica, isolamento social e piora funcional, além de estar em consonância com diretrizes nacionais e internacionais que preconizam a organização do cuidado em rede (NICE, 2017; AAN, 2022; ABN, 2024).

Quadro 4 Interface entre Doença de Parkinson, Saúde Bucal e Equipe Multiprofissional

Profissional	Atribuições principais na DP	Impacto esperado
Neurologista	Diagnóstico e manejo medicamentoso (levodopa e adjuvantes).	Controle dos sintomas motores e não motores.
Cirurgião-dentista	Prevenção e tratamento de lesões de cárie, periodontite, dor orofacial, ajuste de próteses.	Redução de infecção, dor, disfagia e risco de aspiração.
Fonoaudiólogo	Reabilitação da deglutição e da fala; manejo de disfagia e sialorreia.	Segurança alimentar e melhor comunicação.

Nutricionista	Planejamento alimentar adaptado à mastigação e disfagia.	Melhora do estado nutricional e prevenção de perda de peso.
Fisioterapeuta	Treino motor global e orofacial; exercícios para coordenação.	Melhora da mobilidade e função mastigatória.
Psicólogo/psiquiatra	Apoio no manejo de ansiedade, depressão, apatia e psicoses.	Melhora da adesão ao tratamento e qualidade de vida.

Fonte: NICE, 2017; AAN, 2022 e ABN, 2024

15. Atenção Odontológica a Pessoa com Paralisia Cerebral

A paralisia cerebral é um transtorno neurológico que ocorre durante o desenvolvimento cerebral, resultando em limitações nas funções motoras e posturais. As lesões cerebrais que causam essa condição podem ocorrer tanto durante a gestação quanto após o nascimento, durante o período em que o cérebro ainda está em formação. O comprometimento motor é a principal causa de deficiência motora na infância, conforme indicado por Novak et al. (2017) e Fortin et al. (2024). A prevalência da paralisia cerebral varia entre diferentes populações, sendo estimada em 1 a 3 por 1.000 nascimentos vivos, com uma incidência maior em meninos (McIntyre et al., 2022; Patel et al., 2024). Embora o dano estrutural ao cérebro imaturo seja estático e permanente, as consequências podem evoluir ao longo do desenvolvimento da criança. Essa dinâmica exige uma abordagem multidisciplinar, visando melhorar a qualidade de vida das crianças afetadas, estimular sua independência e promover um desenvolvimento integral (Novak et al., 2025).

O distúrbio motor é a alteração fundamental na paralisia cerebral e sempre estará presente. No entanto, também são observados outros comprometimentos, como a deficiência intelectual, as dificuldades de aprendizado, as alterações de comunicação, oftalmológicas, otorrinolaringológicas, pneumológicas, gastroenterológicas (Benfer et al., 2014; Abanto et al., 2014; Li et al., 2025), nutricionais e ortopédicas, os distúrbios do comportamento e da propriocepção e a epilepsia (Rosenbaum et al., 2007).

Estudos epidemiológicos possibilitam a compreensão sobre os mecanismos causais da paralisia cerebral. Essas causas são muito variáveis e, classicamente divididas, em causas pré-natal (maternas e gestacionais), perinatal (parto e período neonatal), sendo a anóxia e a prematuridade as causas mais prevalentes, e em causas pós-natal, com infecções e traumas, assim como meningite (Piovesana et al., 2002; Sadowska et al., 2021).

A paralisia cerebral pode ser classificada de acordo com as disfunções musculares, conforme o Quadro 1.

Quadro 1- Classificação da paralisia cerebral de acordo com as disfunções musculares.

ESPÁSTICA PIRAMIDAL	OU	É a mais frequente e caracteriza-se pelo aumento do tônus muscular, resultando em descontrole do tronco e da

	cabeça. A falta de coordenação da musculatura intrabucal e peribucal trazem alterações de fala, mastigação e deglutição. Para designar a localização dos distúrbios motores, utilizaram-se das seguintes expressões: Tetraparesia: os quatro membros são afetados igualmente. Diparesia: os membros inferiores são mais comprometidos que os superiores. Hemiparesia: apenas um lado do corpo é acometido.
DISCINÉTICA OU EXTRAPIRAMIDAL (ATETOSE OU COREOATETOSE)	Caracteriza-se por movimentos contínuos e incontrolados dos músculos afetados. A musculatura do pescoço afetada resulta em movimentação excessiva da cabeça. A região bucal é afetada pelos movimentos desordenados da mandíbula que podem levar ao fechamento repentino da boca, à salivação excessiva e ao bruxismo acentuado.
ATÁXICO	É o tipo mais raro de paralisia cerebral e afeta o cerebelo. Caracteriza-se pelos movimentos voluntários desordenados e senso de equilíbrio alterado, com comprometimento na marcha e apreensão de objetos.
MISTO	Representa a combinação dos casos anteriores.

Fonte: Baseado em Piovesana (1998) e Baladi e Castro e Morais (2007).

A literatura destaca a importância em classificar as pessoas com paralisia cerebral de acordo com sua independência funcional nas funções motoras grossas e finas. O Gross Motor Function Classification System (GMFCS) – Sistema de Classificação da Função Motora Grossa – foi desenvolvido para categorizar a mobilidade e a funcionalidade das crianças com paralisia cerebral segundo a idade, englobando a faixa etária de zero a dois, dois a quatro, quatro a seis e seis a doze anos (Palisano et al., 2008). A classificação de uma criança por este sistema permite acompanhar, ao longo dos anos, a sua evolução segundo o nível de classificação. O GMFCS caracteriza-se como uma escala ordinal com cinco níveis de

mensuração que retratam, em ordem decrescente, o nível de independência e a funcionalidade das crianças com paralisia cerebral, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Gross Motor Function Classification System, 2008.

NÍVEL	CLASSIFICAÇÃO PELO GMFCS PARA CRIANÇA COM SEIS ANOS DE IDADE
I	Indica que ela consegue locomover-se sem restrições.
II	Apresenta limitação na marcha em ambiente externo.
III	Necessitam de meios auxiliares para locomoção: andadores ou muletas.
IV	Necessitam de tecnologia assistiva para mobilidade: cadeira de rodas.
V	Apresenta restrição grave de movimentação, sem sustentação da cabeça, mesmo com tecnologias mais avançadas.

Fonte: Baseado em Palisano et al. (2008).

A espasticidade é uma das sequelas mais comuns nas lesões do Sistema Nervoso Central (SNC) e afeta milhões de pessoas com paralisia cerebral. Inicialmente, dificulta o posicionamento confortável do indivíduo e prejudica as tarefas da vida diária, como a alimentação, a locomoção, a transferência e os cuidados de higiene corporal e bucal. Quando não tratada, causa contraturas, rigidez, luxações, dor e deformidades (Gracies, 2005a; Gracies, 2005b).

Em geral, as crianças com paralisia cerebral apresentam dificuldades na alimentação, frequentemente relacionadas a alterações no controle orofaríngeo, o que resulta em maior tempo para a realização das refeições (Benfer et al., 2014). Tais dificuldades estão intimamente associadas à presença de disfagia orofaríngea, condição comum nesse grupo e caracterizada por alterações na coordenação das fases da deglutição, favorecendo engasgos, aspirações e o risco de pneumonia aspirativa (Abd-Elmonem, Saad-Eldien & El-Nabie, 2021; Crary et al., 2022). Entre as principais consequências para a saúde desses indivíduos, destacam-se a desnutrição, o comprometimento do crescimento e a piora na qualidade de vida (Gisel, Birnbaum & Schwartz, 1998; Silva et al., 2023; Sharawat et al., 2023). Além disso, deficiências nutricionais podem decorrer tanto do déficit alimentar

quanto de fatores socioeconômicos e etários, reforçando a necessidade de um manejo nutricional individualizado para crianças com paralisia cerebral (Silva et al., 2022).

15.1 Características Bucais

Os resultados dos estudos epidemiológicos encontrados indicam a inexistência de alterações odontológicas específicas nos pacientes com Paralisia Cerebral, porém, apontam para relações entre a presença de má oclusão e a hipertonia muscular (Cardoso et al., 2020). No mesmo sentido, a cárie dentária e a doença periodontal se relacionam com a higienização limitada e a consistência da dieta (Santos et al., 2010b; Benfer et al., 2014; Cardoso et al., 2015; Kanhouche et al., 2025)

É possível identificar algumas características, como espasticidade em músculos mastigatórios e no esternocleidomastoideo, hipotonia orofacial, pouca mímica, retração labial superior, hipotonia lingual, podendo apresentar projeção, mordida aberta anterior, bruxismo, palato ogival, respiração bucal, dificuldades de deglutição, disfagia, infecções respiratórias de repetição, com consequente retenção de secreção traqueobrônquica (Benfer et al., 2014), sucção dificultada pela tensão muscular, hipotonia labial e o descontrole da musculatura orofaríngea, facilitando o escoamento externo da saliva acumulada (Palanisamy et al., 2023). Os músculos da mastigação tornam-se hipertônicos e encurtados e, deste modo, o bolo alimentar é formado pelo amassamento do alimento entre a língua e o palato (Clemetson et al., 2012; Abanto et al., 2009).

Com relação a má oclusão, observou-se alta frequência desse agravo nos pacientes com paralisia cerebral (Carvalho et al., 2011; Cardoso et al., 2020). Na dentição decídua e mista, foram identificados com maior frequência a sobressaliência aumentada, mordida aberta e mordida cruzada posterior nos pacientes (Oliveira et al., 2011; Cardoso et al., 2020). A mordida aberta anterior foi mais comum em crianças submetidas a interposição de língua, interposição de lábios e sucção de chupeta (Cardoso et al., 2020). Habilidades de comunicação, respiração bucal e interposição da língua foram associadas à mordida cruzada posterior (Cardoso et al., 2020). Na dentição permanente, a má oclusão grave também foi frequente (Guerreiro; Garcia, 2009; Cardoso et al., 2020) e associada à consistência líquida da dieta e sucção digital em estudo epidemiológico anterior (Cardoso et al., 2020).

A gravidade do comprometimento motor em indivíduos com paralisia cerebral, juntamente com a presença de condições associadas, como o déficit intelectual, também dificulta a execução adequada da higiene bucal. Essa dificuldade é especialmente acentuada em pessoas que apresentam tetraparesia e/ou movimentos involuntários nos membros superiores, o que requer a participação ativa do cuidador ou responsável para garantir uma higienização adequada. No entanto, a falta de entendimento, a cooperação limitada e a sobrecarga enfrentada na reabilitação por parte dos cuidadores têm um impacto negativo na saúde bucal da pessoa assistida (Santos et al., 2010b).

A presença de reflexos orais (procura, sucção, deglutição, mordida tônica, vômito e espasticidade da musculatura mastigatória, impedindo a abertura bucal) também é apontada como fator de impacto negativo para a saúde bucal, pois impede de forma significativa a execução da higiene (Santos; Nogueira, 2005; Santos et al., 2009). Não obstante, o desejo de não realizar a escovação e comportamentos não colaborativos podem surgir como forma de autoproteção por parte do indivíduo (Tomasin et al., 2021).

A literatura aponta dados controversos em relação à prevalência de cárie dentária em pessoas com paralisia cerebral (Nqco et al., 2012; Dourado et al., 2013; Orsós et al., 2021; Asiri; Tennant; Kruger, 2024). Alguns estudos sugerem que existe uma elevada prevalência deste agravo, bem como de doenças periodontais, em diferentes faixas etárias, sendo mais prevalentes em pessoas entre 36 e 55 anos e em menor proporção entre 3 e 20 anos de idade (Alallaq et al., 2015; Orsós et al., 2021).

Vários fatores foram considerados na etiopatogenia da cárie dentária nessas pessoas: a escolaridade do cuidador (Cardoso et al., 2015), o maior consumo de dieta pastosa, rica em carboidratos, várias vezes ao dia (Santos et al., 2009; Asiri; Tennant; Kruger, 2024), a função mastigatória comprometida, a presença de resíduos alimentares (palato, língua, assoalho bucal e fundo de vestíbulo) (Santos; Masiero; Simionato, 2002) e a higiene bucal insatisfatória (Rodrigues dos Santos, 2003; Guare; Ciamponi, 2003). Também foi relatada a presença de alteração de formação do esmalte dentário (Carvalho et al., 2011). Os estudos mostraram que a cárie dentária impactou negativamente na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes com Paralisia Cerebral (Abanto et al., 2014; Cardoso et al., 2018).

Fatores sociais, condições gerais de saúde, o tipo de disfunção muscular, dificuldades de comunicação, contaminação bacteriana e o uso frequente de medicações, tais

como fenitoína, nifedipina e ciclosporina, que predisõem ao crescimento gengival, podendo aumentar a severidade da indução do processo inflamatório, podem estar relacionados ao aumento da prevalência da cárie dentária e da doença periodontal (Guare; Ciamponi, 2004; Cardoso et al., 2015).

Em indivíduos com paralisia cerebral, os estudos também demonstraram redução no fluxo salivar (Santos; Siqueira; Nicolau, 2006; Siqueira, 2007b), alterações nos eletrólitos, redução da atividade das enzimas digestivas e antimicrobianas, como a amilase e a peroxidase, e aumento da concentração de ácido siálico (Rodrigues dos Santos; Siqueira; Nicolau, 2007).

Por fim, em pessoas com paralisia cerebral, o bruxismo e disfunção temporomandibular (DTM) são comuns e podem causar desgaste dentário, fraturas e sobrecarga da articulação temporomandibular, agravados pela espasticidade muscular que aumenta a tensão orofacial. O diagnóstico é desafiador devido à limitação de comunicação, exigindo exame clínico detalhado e informações de cuidadores. O manejo deve ser multiprofissional, envolvendo odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia e neurologia, com estratégias de prevenção, monitoramento do bruxismo e avaliação da função da ATM. Essas alterações impactam a qualidade de vida, comprometendo a alimentação, a higiene oral e a participação social, reforçando a importância do acompanhamento precoce e contínuo (Tuncer et al., 2023; Kanhouche et al., 2025).

As principais características orofaciais identificadas em indivíduos com Paralisia Cerebral estão descritas no Quadro 3.

Quadro 3 - Principais características orofaciais de pessoas com Paralisia Cerebral.

Espasticidade de músculos mastigatórios	Mordida aberta
Hipotonia orofacial	Palato ogival
Posicionamento atípico da língua	Cárie dentária
Permanência de reflexos orais	Doença periodontal
Sobressaliência aumentada	Bruxismo

Fonte: Benfer et al., 2014; Cardoso et al., 2015; Cardoso et al., 2020; Palanisamy et al., 2023; Kanhouche et al., 2025.

15.2 Cuidados Específicos

O atendimento odontológico de pacientes com Paralisia Cerebral deve ser adaptado às necessidades particulares de cada indivíduo. Os cuidados preventivos são importantes para todos, além disso alguns pacientes podem exigir um conjunto abrangente de terapias e procedimentos. Assim, é fundamental que os serviços odontológicos sejam personalizados, destacando a promoção da saúde e a qualidade de vida de cada pessoa. A abordagem deve priorizar a saúde bucal, conforto, segurança e estratégias de prevenção (Palanisamy et al., 2023).

O cirurgião-dentista faz parte da equipe multidisciplinar que atende a pessoa com deficiência, geralmente esse atendimento é realizado na rede de atenção à saúde bucal do SUS. A primeira consulta odontológica deve ocorrer o mais precocemente, de preferência nos primeiros seis meses de vida, antes de qualquer manifestação de doença bucal, independentemente da condição neurológica (Brasil, 2014b).

Os processos de cuidados com a saúde bucal, a alimentação e o acompanhamento ambulatorial preventivo devem envolver os familiares e os cuidadores ou responsáveis, já que eles atuam ativamente nesses processos e suas participações são de extrema importância para promoção da saúde bucal dos pacientes com paralisia cerebral.

As tecnologias assistivas (recursos que visam promover a funcionalidade e a autonomia da pessoa com deficiência) podem auxiliar no cuidado odontológico diário e profissional. Dentre essas tecnologias têm-se: escovas dentais com adaptações no cabo e escovas elétricas (UFPE, 2013), fio dental especial, dedeiras confeccionadas em resina acrílica, abridores de boca pré-fabricados ou adaptados, confeccionados com espátulas de madeira sobrepostas e estabilizadas com esparadrapo ou fita crepe ou abridores de boca para pessoas com deficiência sintéticos, para manutenção da abertura bucal (Cardoso, Brito, 2020).

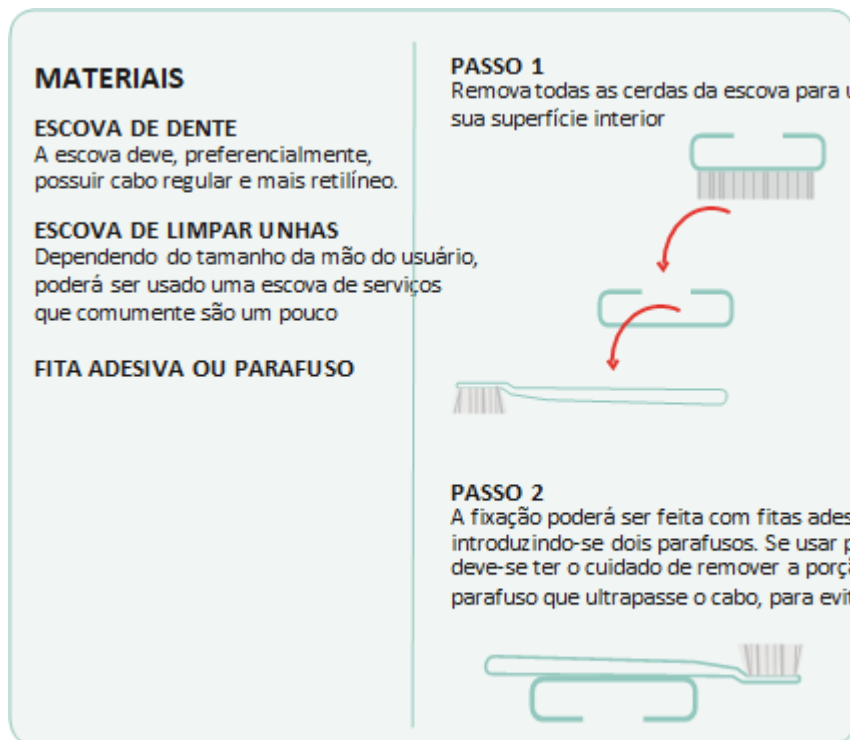
Os adaptadores e engrossadores para cabos de escovas de dente podem ser indicados para pacientes com Paralisia Cerebral que realizam sua própria higiene bucal e necessitam de maior espessura no cabo para melhorar a empunhadura. Esses dispositivos podem ser confeccionados artesanalmente (Figura 1) ou adquiridos em lojas e sites especializados em tecnologias assistivas (Figura 2). Como alternativa, dependendo da

preferência do paciente e/ou cuidador e da aceitabilidade individual, o uso de escovas elétricas também pode ser recomendado, desde que possibilite uma higiene bucal efetiva.

Para as pessoas com Paralisia Cerebral que dependem do cuidador para realização da higiene bucal, sugere-se utilizar escovas com cabeças pequenas que consigam alcançar todas as áreas dentadas, cujo acesso pode ser ainda mais difícil pela presença de má oclusão, além de abridores de bocas pré-fabricados ou adaptados (Figura 3), se o paciente apresentar reflexos ou hipertonia muscular durante a escovação dentária, principalmente de dentes posteriores. Para remoção dos resíduos e do creme dental, após a escovação, pode-se orientar o uso de gaze ou um pano limpo umedecido em água nas estruturas da cavidade bucal dos pacientes que não fazem os atos de enxaguar a boca e cuspir.

Ainda sobre a higienização bucal, é relevante verificar e orientar sobre o uso de creme dental com flúor nos pacientes com Paralisia Cerebral, ressaltando nessa orientação a quantidade de creme dental com flúor adequada, conforme a faixa etária e a dificuldade motora do paciente. Bem como, sobre a possibilidade de manter o uso diário de fio dental nos pacientes.

Durante o atendimento odontológico, para manutenção da abertura bucal dos pacientes com Paralisia Cerebral nos procedimentos, também pode-se usar o abridor de boca pré-fabricado (Figura 3), como também abridores de boca para pessoas com deficiência em silicone ou similar autoclaváveis, com diferentes tamanhos que se adaptem a abertura de boca do paciente (Cardoso, Brito, 2020).



Fonte: Adaptado (UFPE 2013).

Figura 1 – Adaptação do cabo de escova de dente com escova de unhas que pode ser realizada por usuários.



A- Facilitador dorsal



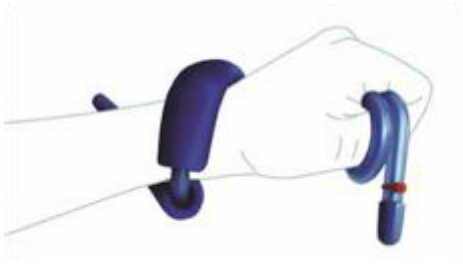
B- Facilitador palmar



C- Facilitador dorsal



D- Escova adaptada



E- Facilitador de punho e polegar



F- Adaptador universal

Figura 2: Adaptações de escovas dentais que facilitam a execução dos procedimentos de higiene bucal.

Fonte: Editora Universitária da Universidade Federal de Pernambuco (2013).



Figura 3 – Modelos de abridores de boca pré-fabricados confeccionados com espátulas de madeira e fita crepe.

Fonte: Acervo pessoal, 2019.



Figura 4 – Atendimento odontológico de paciente com Paralisia Cerebral utilizando abridor de boca pré-fabricado para manutenção da abertura bucal.

Fonte: Cardoso, Brito, 2020.

Sobre o atendimento odontológico, a anamnese necessita ser minuciosa, inclusive, é importante registrar a forma de comunicação do paciente, condições sistêmicas, hábitos alimentares e de higiene bucal, medicamentos utilizados e contato do médico. Os questionamentos podem ser feitos ao paciente e/ou acompanhante, caso o paciente não consiga responder aos questionamentos, pode-se fazer ao acompanhante, sem esquecer de dar atenção ao paciente. Os cuidados gerais e bucais, geralmente, são realizados pelo cuidador, por isso, é importante ter empatia pelos dois, pois estes necessitam de apoio e incentivo para melhorar as condições de vida (Cardoso et al., 2012; Cardoso, Brito, 2020).

No exame clínico geral, deve-se observar o tipo de tônus muscular, a coordenação motora, presença de movimentos involuntários, localização da Paralisia Cerebral, tipo de respiração, deglutição, presença de refluxo gastroesofágico ou disfagia, presença de secreção e comportamento do paciente. Essas informações são importantes e necessitam ser levadas em consideração no plano de tratamento odontológico individualizado, efetivo e seguro dos pacientes (Cardoso, Brito, 2020).

A assistência odontológica a usuários com paralisia cerebral apresenta algumas particularidades, como o posicionamento na cadeira odontológica, devido às limitações físicas, as dificuldades de manutenção da abertura bucal, o controle dos movimentos involuntários e a espasticidade. Os reflexos cervicais tônicos se estendem à mandíbula e à face. A extensão do pescoço pode desencadear a abertura da mandíbula, enquanto a flexão associa-se ao fechamento dela.

O cirurgião-dentista deve estar alerta a estas condições e não as interpretar como falta de cooperação do usuário.

Pode-se empregar um material antiderrapante no assento da cadeira odontológica na região do quadril, evitando que o usuário “escorregue” na cadeira durante a realização do tratamento (Figura 5). A manutenção do tônus e da postura na cadeira odontológica será obtida mediante a estabilização da cabeça e dos membros na linha mediana.



Figura 5 – Material antiderrapante no assento da cadeira odontológica posicionado na região em que se acomoda o quadril do usuário.

Fonte: Acervo pessoal, 2019.

No posicionamento, deve-se respeitar o padrão de posicionamento do paciente na cadeira odontológica ou de rodas (por exemplo, a flexão dos joelhos, caso presente, para evitar a sensação de dor durante a alteração de postura), manter a cabeça em linha média ou alinhada ao corpo, bem como monitorar a respiração e deglutição do paciente (Cardoso, Brito, 2020). No caso de pessoas com luxação ou fixação do quadril, cuidar do seu posicionamento na cadeira odontológica, pois a flexão do quadril (sentar) pode causar dor e desconforto.

Deve-se sempre avaliar a melhor forma de realizar o tratamento odontológico, seja na cadeira odontológica ou na própria cadeira de rodas. O atendimento na cadeira de rodas de pacientes com tetraparesia (Figura 6), contribui para o controle da posição e da disfunção muscular. Para as pessoas que serão atendidas na cadeira odontológica e necessitem de auxílio para a sua transferência da cadeira de rodas para a cadeira odontológica, os cuidadores ou responsáveis devem realizá-la, procurando uma posição adequada com o auxílio de almofadas, rolos e posicionadores.

Ao posicionar a pessoa na cadeira odontológica, é preciso observar se o tronco e os membros superiores encontram-se alinhados à cavidade bucal, aos ombros e à cintura escapular. Desta forma, consegue-se um maior relaxamento dos músculos orofaciais. A cabeça deverá ser posicionada alinhada ao tronco, devendo algum tipo de apoio (travesseiro ou outro) ser colocado na região occipital e dos joelhos (rolos de espuma) para a manutenção dos membros inferiores inclinados. O correto posicionamento da pessoa na cadeira odontológica proporciona ergonomia para os profissionais, facilitando a visualização do campo operatório, a redução do esforço em mantê-lo na posição, a redução dos reflexos involuntários, bem como reduz o número de pessoas envolvidas na estabilização e o tempo de atendimento odontológico.

Para otimizar o desempenho no atendimento odontológico, a termoterapia pode ser empregada de forma contínua na região facial, especificamente sobre os músculos mastigatórios, como masseter e temporal. A aplicação de calor promove relaxamento muscular e vasodilatação local, contribuindo para a redução da tensão muscular, melhoria da amplitude de abertura bucal e facilitação das atividades funcionais e procedimentos clínicos (Navrátil et al., 2014).

Para pessoas que apresentam risco de broncoaspiração, sugere-se deixar o encosto da cadeira odontológica o mais verticalizado possível, que permita a realização dos procedimentos necessários, utilizando sugador de saliva de alta potência e evitando movimentos de extensão da cabeça (Cardoso, Brito, 2020).

Orienta-se utilizar abridores de boca para evitar os movimentos involuntários da mandíbula, bem como evitar movimentos bruscos e repentinos, bem como estimulação sonora e visual, sem avisar previamente o usuário, pois essas situações podem favorecer o desencadeamento de reflexos como: reflexo da tonicidade do pescoço assimétrica (cabeça repentinamente virada para um lado, braço e perna do lado para o qual a cabeça está virada irão se estender e enrijecer e os membros do lado oposto irão se flexionar); reflexo da tonicidade do labirinto (cabeça repentinamente tombada para trás, quando o indivíduo está deitado, suas costas assumem uma posição conhecida como extensão postural, os braços e as pernas irão estender e o pescoço e as costas irão se curvar); e reflexo do susto (movimentos voluntários, repentinos e bruscos, como reação a um estímulo que surpreende o usuário) (Hirtz et al., 2007; Palisano et al., 2008).

O uso de estabilização física deve ser realizado exclusivamente com o consentimento dos pais ou responsáveis, com a finalidade de controlar os movimentos involuntários (Hirtz et al., 2007; Palisano et al., 2008). A estabilização física ativa deve ser realizada, preferencialmente, pelos cuidadores que conhecem melhor os pacientes. E alguns materiais podem ser utilizados para ajudar no posicionamento, controle da disfunção muscular e estabilização passiva de movimentos involuntários, se houver (Cardoso, Brito, 2020):

- 1- Calças de posicionamento, feitas com calça de tecido, retalhos e espuma (Figura 7);
- 2- Special Shape;
- 3- Almofadas para pescoço e membros;
- 4- Faixas e lençóis;
- 5- Estabilizadores físicos passivos ou pranchas com velcros (Figura 8).



Figura 6- Atendimento odontológico de paciente com Paralisia Cerebral espática com tetraparesia em cadeira de rodas com apoio de cabeça, com manutenção da cabeça em linha média e abridor de boca.

Fonte: Acervo pessoal, 2025.



Figura 7 – Apoio modelo “calça de posicionamento ou da vovó” sobre a cadeira odontológica para melhor conforto e posicionamento do paciente, associado a estabilização física feita pelo cuidador.

Fonte: Acervo pessoal, 2019.



Figura 8 – Estabilização física passiva sobre a cadeira odontológica utilizada no atendimento odontológico de paciente com Paralisia Cerebral, associado com apoio de cabeça e pescoço.

Fonte: Acervo pessoal, 2025.

A construção de vínculo é necessária para colaboração do paciente e favorece a experiência do mesmo, mesmo que não emita palavras, na maioria dos casos o paciente compreende a situação e lembrará das vivências em visitas posteriores. Comunique tudo ao paciente antes de executar e apresente o que for utilizar ao mesmo (Cardoso, Brito, 2020).

Antes, durante e após procedimentos odontológicos invasivos, é válido avaliar e monitorar os sinais vitais dos pacientes com paralisia cerebral, como frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação e pressão arterial. O processo de adequação do meio bucal torna-se importante para o sucesso da reabilitação, minimizando os danos sofridos e restabelecendo a saúde bucal (Figueiredo Jr, 2018).

Para aquelas pessoas com traqueostomia, evitar a obstrução da cânula de traqueostomia e solicitar ao cuidador ou responsável que realize aspiração (utilizando equipamentos específicos para este fim), quando necessário, durante o atendimento odontológico.

É importante supervisionar a higiene bucal, seja ela realizada pelo paciente ou cuidador, antes das orientações, para realizá-las de forma mais individualizada (Cardoso et al., 2012). Se necessário, instrua o paciente/cuidador a utilizar as tecnologias assistivas, descritas anteriormente (Cardoso et al., 2012).

As consultas devem ser rápidas, na medida do possível, evitando ocorrência de fadiga muscular e buscando sempre uma abordagem individualizada para a realização de um tratamento efetivo e seguro, tanto para a pessoa quanto para o profissional (Cardoso, Brito, 2020).

O uso da toxina botulínica, em casos específicos, tem apresentado bons resultados na prevenção de deformidades secundárias à espasticidade, modificando a qualidade de vida das crianças com paralisia cerebral (Rotta, 2002; Vogt; Urban, 2000; Koman; Mooney; Smith, 1996; Corrêa et al., 2021). A toxina botulínica é uma neurotoxina produzida pelo Clostrídio (*Clostridium botulinum*), que atua na junção neuromuscular e inibe a recaptação do neurotransmissor acetilcolina na fenda sináptica da junção neuromuscular (nível pré-sináptico), provocando paresia muscular.

Existem diversos tipos de toxina botulínica, sendo a do tipo A a mais conhecida e utilizada para fins terapêuticos (Teive; Zonta; Kumagai, 1998). A dose é calculada de acordo com o peso da criança e o tamanho do músculo em que a toxina botulínica será aplicada. A eficácia pode ser observada entre 48 e 72 horas e o efeito desejado se mantém por dois a quatro meses (Rotta, 2002; Russman, 2000). A toxina botulínica também pode ser utilizada para diminuir a secreção salivar em glândulas salivares maiores, a exemplo da parótida, melhorando a disfagia.

Portanto, os cirurgiões-dentistas devem reconhecer a necessidade de sua inserção na equipe multidisciplinar que acompanha as pessoas com Paralisia Cerebral, ainda em idade precoce no sentido de intervir, junto a esses profissionais e cuidadores, na prevenção e controle das disfunções motoras, posturais da cabeça e pescoço e dos fatores comportamentais, com o intuito de prevenir, controlar e tratar as doenças biofilme dependentes (cárie dentárias e doença periodontal) e má oclusões nesses indivíduos, ao mesmo tempo que melhorar o desenvolvimento do sistema estomatognático e de condições de vida dessas pessoas.

15.3. ESTRATÉGIAS DE MANEJO DO COMPORTAMENTO

O tipo de manejo comportamental será escolhido de acordo com a idade, compreensão, colaboração, disfunção muscular e presença de movimentos involuntários que o paciente apresente, começando por escolhas lúdicas e de condicionamento

psicológico associado ou não a técnicas de estabilização física passiva ou ativa, técnicas de sedação consciente, técnicas de sedação profunda ou anestesia geral em ambiente hospitalar, se necessário, após avaliação dos benefícios, riscos e condições clínicas do paciente, bem como do consentimento dos responsáveis legais (Cardoso, Brito, 2020).

Em relação às técnicas de manejo de comportamento, pode-se fazer uso do “dizer-mostrar-fazer”, do controle de voz, da dessensibilização, distração e do reforço positivo (Figura 9). Desse modo, é relevante incluir na anamnese questionamentos sobre as preferências musicais, desenhos, atividades de lazer ou de vida diária do paciente que possam ser utilizadas durante as técnicas de manejo comportamental do paciente.

A construção de vínculo é necessária para colaboração do paciente e favorece a experiência do mesmo, mesmo que não emita palavras, na maioria dos casos o paciente compreende a situação, reconhece as pessoas e o ambiente e lembrará das vivências em visitas posteriores (Cardoso; Brito, 2020).



Figura 9 - Realização de reforço positivo com entrega de “mimo” a paciente com Paralisia Cerebral colaborativa, após finalização de atendimento odontológico, reforçando o comportamento colaborativo e vínculo entre equipe de saúde bucal e paciente-cuidador.

Fonte: Acervo pessoal, 2018.

Caso as técnicas comportamentais e de manejo não sejam efetivas, pode-se recorrer ao uso de medicação via oral isolada ou combinada, à sedação inalatória ou ao tratamento odontológico sob anestesia geral, conforme as condições clínicas e sistêmicas do usuário. De acordo com a Resolução CFO de 30 de abril de 2024, as sedações leve, moderada e a sedação consciente com óxido nitroso podem ser realizadas pelo cirurgião-dentista. Contudo, nos casos de sedação profunda e anestesia geral, recomenda-se a supervisão e atuação de profissional médico, garantindo a segurança do paciente.

Os resultados revelaram que a administração de óxido nitroso tem um impacto favorável na determinação dos sinais vitais (FC, FR e SpO2) em todos os tipos de PC sob investigação. Além disso, a eficácia do óxido nitroso foi confirmada por avaliação comportamental com a escala Comportamental de Venham, que revelou aspectos consideráveis naqueles pacientes que foram submetidos a este recurso, independentemente da sua forma clínica de paralisia cerebral. A simplicidade da abordagem e o baixo custo do óxido nitroso enfatizam seu papel como uma alternativa para a sedação consciente neste grupo, tanto para o controle comportamental quanto para a segurança fisiológica durante o tratamento odontológico (Baeder et al., 2017).

No entanto, há uma proporção aumentada de pacientes não colaboradores entre os tipos clínicos coreoatetóides e tetraplégicos; isso está provavelmente relacionado aos problemas mecânicos causados pelo uso de uma máscara corretamente posicionada, apesar de qualquer movimento involuntário associado a essas síndromes. Este subgrupo de pacientes, que clinicamente apresenta morbidade mais severa de acordo com a classificação GMFCS, parece responder menos favoravelmente à sedação (Baeder et al., 2017).

Embora essas características – alto GMFCS – estejam associadas a um menor sucesso da sedação com óxido nitroso, elas não devem ser vistas como contraindicações absolutas, mas sim como limitações relativas devido às dificuldades mecânicas que isso implica. Assim, existem evidências científicas que apoiam que o óxido nitroso é uma opção rápida e acessível para o manejo de pacientes com diferentes tipos clínicos de PC (Baeder et al., 2017).

Por fim, caso as técnicas de manejo comportamental, estabilização protetora ou sedação não sejam efetivas para conclusão do tratamento odontológico e o paciente apresenta vários focos de infecção na cavidade bucal, inclusive com repercussões sistêmicas (edema, febre), que demandem de tratamento odontológico

invasivo, sugere-se que esse paciente seja encaminhado para avaliação odontológica pela equipe que atua em ambiente hospitalar. Nessa avaliação pré-operatória, serão levados em consideração as condições sistêmicas, exames complementares, exame clínico e radiográfico odontológicos, pareceres cardiológicos e do pneumologista (opcional) e a percepção ou consentimentos do paciente e responsáveis legais sobre o atendimento, com a assinatura de um TCLE. Se favoráveis, o atendimento é agendado e realizado em bloco cirúrgico sob anestesia geral de forma eletiva, na maior parte das vezes, pela equipe no hospital de referência da rede atenção em saúde bucal estadual do paciente. E o paciente após a alta, volta para acompanhamento na contrarreferência com a equipe de saúde bucal local.

Assim, a Paralisia Cerebral é uma das deficiências mais incapacitantes que podem ocorrer na infância e com uma alta frequência de agravos bucais sem tratamento (cárie dentária, gengivite, cálculo dentário, dentes fraturados e má oclusões). Sugerindo uma baixa disponibilidade do serviço odontológico. Portanto, espera-se que esse texto contribua para o embasamento teórico e prático de cirurgiões-dentistas da rede de atenção em saúde bucal do SUS e em formação e que os mesmos junto com as equipes multidisciplinares dos serviços possam desenvolver os cuidados e a promoção de saúde bucal das pessoas com paralisia cerebral. Da mesma forma, que os cuidadores também sejam sensibilizados quanto à importância da higiene bucal e do atendimento odontológico de rotina para as pessoas com Paralisia Cerebral, a fim de se obter melhores condições bucais e qualidade de vida desses pacientes.

16. Atenção Odontológica à Pessoa com Trissomia do 21

A Trissomia do 21 (T21), também conhecida como Síndrome de Down, é a alteração cromossômica mais comum, sendo estimado 300 mil brasileiros com T21. Dessa forma, é de extrema importância que as famílias recebam orientação e suporte em saúde, que vai além da atenção médica em geral, como também acompanhamento especializado, como o cuidado odontológico, fundamental para promover a qualidade de vida, favorecer o desenvolvimento das funções orais e prevenir complicações associadas. Esses aspectos reforçam a importância de uma abordagem individualizada e cuidadosa por parte do cirurgião-dentista, com ênfase em medidas de segurança, comunicação empática e planejamento interdisciplinar.

A trajetória de desenvolvimento de crianças, adolescentes e adultos com T21 é marcada por desafios e, ao mesmo tempo, por grandes potencialidades que podem ser fortalecidas por meio de ações preventivas, educativas e terapêuticas adequadas. A atuação do cirurgião-dentista, em articulação com outros profissionais de saúde, é estratégica para promover qualidade de vida, favorecer funções orais como mastigação, deglutição e fonação, prevenir agravos e contribuir para a inclusão plena nos diferentes espaços sociais. Iniciar o cuidado odontológico de forma precoce e mantê-lo ao longo da vida é uma medida decisiva para evitar complicações futuras e ampliar a autonomia dos indivíduos com T21.

Este documento visa orientar profissionais da Odontologia, gestores públicos e equipes multiprofissionais sobre condutas clínicas seguras, humanizadas e baseadas em evidências, contribuindo para a qualificação dos serviços e a construção de uma sociedade mais inclusiva. Trata-se de um instrumento técnico e político, alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na integralidade do cuidado e na promoção dos direitos das pessoas com deficiência.

16.1. ASPECTOS GERAIS

A T21 é a alteração cromossômica mais comum em seres humanos, afetando entre um e dois indivíduos a cada mil nascimentos (Down, 1995; Asim *et al.*, 2015). Essa condição resulta da presença de um cromossomo 21 extra e está associada a um conjunto de

características clínicas que envolvem diferentes sistemas do organismo. Existem três formas principais de trissomia do 21:

- Trissomia livre, a mais frequente, em que todas as células apresentam um cromossomo adicional. Dessa forma, a pessoa com T21 apresenta 47 cromossomos, em vez dos 46 habituais;
- Translocação, quando o cromossomo 21 extra se liga a outro cromossomo. Nesse caso, a pessoa com T21 apresenta células com 46 cromossomos;
- Mosaicismo, caracterizado pela presença de duas populações celulares, uma com 47 cromossomos e outra com 46 cromossomos (sem trissomia).

Pessoas com T21 apresentam fenótipo característico, com deficiência intelectual geralmente leve a moderada, baixa estatura, hipotonia muscular, pregas palpebrais oblíquas para cima, prega cutânea no canto interno dos olhos, dedos curtos e largos, cabelo fino, pé plano, presença de prega palmar única e excesso de tecido adiposo na região posterior do pescoço. A frouxidão ligamentar é um achado frequente e contribui para a instabilidade articular, especialmente na região cervical (Gonçalves *et al.*, 2010; Brasil, 2013; Cabral *et al.*, 2013a; Macho *et al.* 2014; Bierley; Antonarakis, 2023).

Esses indivíduos apresentam risco aumentado para alterações sistêmicas, sendo comuns as cardiopatias congênitas, como comunicação interatrial, comunicação interventricular e defeito do septo atrioventricular, além de alterações oculares como catarata e pseudo-estenose do ducto lacrimal, problemas auditivos decorrentes de otites de repetição e perda auditiva, bem como alterações endócrinas, especialmente o hipotireoidismo (Brasil, 2013).

No desenvolvimento infantil, são observadas dificuldades de sucção, mastigação, deglutição e fonação, geralmente associadas à hipotonia muscular e às alterações craniofaciais. O atraso na fala é uma consequência comum, assim como atrasos motores globais (Cabral *et al.*, 2013b). Com o aumento da expectativa de vida da população com T21, outro aspecto que merece atenção é o maior risco para demência, em especial a doença de Alzheimer, que tem se mostrado mais prevalente em adultos com a síndrome (Monteiro, *et al.*, 2020).

Indivíduos com T21 apresentam, em sua maioria, um fenótipo característico. Essas características, muitas vezes, tendem a interferir no desenvolvimento de várias áreas,

levando a impactos tanto no desenvolvimento craniofacial bem como nas funções orais (Ferreira *et al.*, 2023). No quadro abaixo há algumas das características gerais mais observadas.

Quadro 1. Características gerais da Trissomia do 21.

Eixo	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS GERAIS
Condições gerais	Deficiência intelectual geralmente leve a moderada; baixa estatura; hipotonia muscular; características faciais típicas como pregas palpebrais oblíquas para cima, prega cutânea no canto interno do olho); frouxidão ligamentar com atenção à instabilidade atlantoaxial (cervical); dedos curtos, cabelo fino, pé plano, prega palmar única transversa.
Comorbidades e riscos sistêmicos	Maior risco para alterações cardíacas, endócrinas e respiratórias; diferenças imunológicas com maior suscetibilidade a infecções.
Desenvolvimento e sono	Dificuldades de sucção, mastigação e deglutição; alterações de respiração durante o sono, com maior prevalência de distúrbios respiratórios, sobretudo em adultos.
Implicações para o cuidado odontológico	Abordagem integral e interprofissional; anamnese ampliada (cardiopatias, instabilidade cervical, sono, imunidade); adaptações de manejo (higiene assistida, instruções aos cuidadores, visitas frequentes); priorizar prevenção e avaliação ortodôntica oportuna.

16.2. ASPECTOS CRANIOFACIAIS

A T21 cursa com um fenótipo craniofacial particular, resultante de interações complexas entre genética, padrão de crescimento esquelético e fatores funcionais, como respiração, tônus muscular e deglutição (Vicente *et al.*, 2020). Esses indivíduos apresentam características clínicas distintas que os diferenciam de outras condições congênitas, destacando-se: rosto mais arredondado, olhos com formato alongado, orelhas pequenas, mãos e dedos diminutos (Araújo *et al.*, 2022), nariz pequeno (Kjaer, 2012), anomalias oculares (Akinci *et al.*, 2009; Berthold *et al.*, 2004), paredes cranianas finas, além de atraso na consolidação das fontanelas (Lestrel & Roche, 1979), base do crânio mais curta e plana, com ângulo mais obtuso e posição da sela túrcica mais inferior (Suri, Thompson & Cornfoot, 2010). É importante ressaltar que nem todas as características mencionadas estão presentes em um mesmo indivíduo.

De modo geral, indivíduos com T21 apresentam hipoplasia maxilar, com achatamento do terço médio da face, alturas faciais reduzidas e tendência a um perfil relativamente mais prognata (em decorrência da deficiência maxilar e/ou rotação mandibular). Esses padrões instalam-se precocemente e influenciam a oclusão, a via aérea e a função orofacial ao longo do crescimento.

O fenótipo craniofacial típico caracterizado por maxila hipoplásica, retraída e palato profundo e atrésico quando associado à hipotonia orofaríngea e à hipertrofia adenotonsilar, favorece a redução do calibre da via aérea superior e o colapso durante o sono, explicando a altíssima prevalência de apneia obstrutiva do sono (AOS) em indivíduos com T21 (Simpson *et al.*, 2018).

16.3. Aspectos Bucais

As alterações bucais em pessoas com T21 são bastante frequentes, como por exemplo, a língua apresenta hipotonia, o que transmite a impressão de macroglossia, e frequentemente se projeta para fora da cavidade bucal. O palato é geralmente profundo e atrésico, e em muitos casos ocorre respiração predominantemente bucal devido ao estreitamento da nasofaringe e à hipertrofia de adenoides e amígdalas (Marques *et al.*, 2015; Cuoghi *et al.*, 2016). A hipotonia muscular generalizada favorece ainda a ocorrência de sialorreia, refletida em episódios frequentes de babação, e interfere na coordenação da mastigação e da deglutição (Nascimento *et al.*, 2024).

Do ponto de vista dentário, há elevada prevalência de anomalias, como agenesias, microdontia, dentes conóides, taurodontismo e fusões dentárias (Brasil, 2019; Freitas *et al.*, 2021). As agenesias são comuns em incisivos laterais, segundos pré-molares superiores e terceiros molares. Além disso, o desenvolvimento dentário é retardado, com atraso na erupção tanto da dentição decídua quanto da permanente. Enquanto a erupção dos dentes decíduos costuma ocorrer apenas entre o primeiro e o vigésimo mês de vida, podendo se estender até os quatro ou cinco anos de idade, os dentes permanentes frequentemente surgem de forma tardia, por volta dos oito ou nove anos (Cuoghi *et al.*, 2016).

A má oclusão é uma característica marcante nesse grupo de indivíduos, sendo observados quadros de mordida aberta anterior, mordida cruzada anterior e posterior e más oclusões de Classe III, geralmente decorrentes da deficiência maxilar associada ao crescimento mandibular relativo. A protrusão lingual constante e a hipotonia muscular agravam esses quadros. Apesar de a maioria das crianças com T21 frequentar consultas odontológicas de rotina, muitas nunca foram avaliadas por um ortodontista, o que reforça a necessidade de incluir esse acompanhamento no planejamento de saúde bucal desses pacientes (Doriguêto *et al.*, 2019; Alkawari, 2021).

É relevante ressaltar também que o bruxismo é o hábito de ranger ou apertar os dentes de forma involuntária, isto é, sem que a pessoa perceba, durante o sono (bruxismo noturno) ou quando a pessoa está acordada (bruxismo em vigília). Em crianças com T21, o bruxismo é relativamente frequente e pode estar associado a fatores como ansiedade constante, estresse e má oclusões, tendo como possíveis consequências desgaste dos dentes, dor nos músculos da face, estalos ou dificuldade para abrir e fechar a boca, além de favorecer problemas na articulação temporomandibular (ATM). Por isso, é importante observar sinais como barulhos de ranger de dentes, sensibilidade ou desconforto na mastigação, e buscar acompanhamento odontológico para prevenção e tratamento adequados (Alam *et al.*, 2023; Rodrigues; Oliveira, 2024).

Em relação às condições bucais, alguns estudos indicam que a experiência de cárie dentária pode ser semelhante ou até menor em comparação à população sem T21 (Scalioni *et al.*, 2024). Essa menor prevalência pode estar relacionada a fatores como dieta controlada, maior procura por serviços odontológicos e uso de substâncias fluoretadas. No entanto, a doença periodontal é marcadamente mais frequente e de início precoce, associada à dificuldade motora para realizar a higiene oral, à presença de

bactérias periodontopatogênicas e à deficiência imunológica que compromete a resposta inflamatória (Faria Carrada *et al.*, 2016). Além disso, o desgaste dentário é mais prevalente nesse grupo, muitas vezes relacionado à alteração no fluxo salivar, e pode impactar diretamente o conforto mastigatório e a longevidade dentária (Viera *et al.*, 2023).

Essas particularidades tornam a atenção odontológica às pessoas com T21 uma prioridade, já que os desafios vão além da estética ou da função mastigatória, envolvendo também aspectos relacionados à respiração, deglutição, comunicação e qualidade de vida. São diversos aspectos bucais marcantes em indivíduos com T21 e é responsabilidade do cirurgião dentista identificar essas características e promover intervenções precoces e cuidados odontológicos contínuos promovendo uma melhor saúde bucal. Na tabela abaixo há as principais características bucais.

Quadro 2. Aspectos bucais da Trissomia do 21.

Eixo	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS BUCAIS
Traços craniofaciais e musculares	Alterações craniofaciais marcantes; hipotonia perioral; língua hipotônica com tendência à protrusão; impacto na coordenação da mastigação e deglutição.
Dentição e erupção	Alta frequência de anomalias dentárias (número/forma/tamanho) e erupção dentária tardia (decíduos e permanentes), com cronologia frequentemente atrasada.
Oclusão	Maloclusão é muito prevalente nesse grupo; bruxismo; muitos indivíduos nunca foram avaliados por ortodontista, exigindo atenção específica no planejamento.
Condições de saúde bucal	Maior risco e gravidade de doença periodontal (início precoce), associado a desafios na higiene, e fatores sistêmicos; necessidade de programas preventivos intensivos.



Figura 1 — Adolescente com Trissomia do 21, vistas frontal, perfil e intraorais

Legenda: Na vista frontal, nota-se face arredondada, olhos amendoados, nariz pequeno e tônus reduzido ao redor da boca, que pode deixar os lábios entreabertos. Na vista de perfil, percebe-se um perfil reto. Na vista intraoral, observa-se a mordida cruzada na região dos dentes anteriores, uma alteração comum em pessoas com a T21. *Imagens do Serviço de Ortopedia Funcional dos Maxilares para Pessoas com Deficiência, Instituto de Saúde de Nova Friburgo – UFF.*



Figura 2 — Bebê com Trissomia do 21, vista frontal e intraoral

Legenda: É possível notar no bebê a face arredondada, olhos amendoados, ponte nasal baixa e língua projetada para fora da boca, característica frequente devido à hipotonia muscular e ao espaço reduzido na cavidade oral. Na vista intraoral, observa-se um palato profundo. *Imagem do Serviço de Ortopedia Funcional dos Maxilares para Pessoas com Deficiência, Instituto de Saúde de Nova Friburgo – UFF.*



Figura 3 — Adolescente com Trissomia do 21, vistas frontal, perfil e intraoral

Legenda: Na vista frontal, destacam-se olhos amendoados e lábios entreabertos. Na vista de perfil, nota-se base nasal baixa, perfil reto e dificuldade de selamento labial devido à hipotonia muscular. Nas imagens intraorais, o arco maxilar é estreito, causando a mordida cruzada na região posterior e anterior, além de irregularidades no alinhamento dentário. *Imagens do Serviço de Ortopedia Funcional dos Maxilares para Pessoas com Deficiência, Instituto de Saúde de Nova Friburgo – UFF.*

16.4. Particularidades para o Atendimento Odontológico

Para garantir um atendimento odontológico humanizado, seguro e eficaz, é importante que o cirurgião-dentista tenha uma visão ampliada das particularidades clínicas e comportamentais dos indivíduos diagnosticados com T21. Do ponto de vista sistêmico, indivíduos com T21 apresentam maior risco de desenvolvimento de alterações cardíacas, respiratórias e imunológicas que podem demandar cuidados específicos como avaliação médica prévia ao atendimento odontológico e, profilaxia antibiótica em casos selecionados (BULL et al., 2022). A instabilidade atlantoaxial, presente em alguns pacientes, representa risco de compressão medular durante movimentos cervicais, exigindo atenção no posicionamento na cadeira odontológica e na estabilização protetora, especialmente em extensões cervicais (Figura 4).

Nesse contexto, recomenda-se avaliar previamente a necessidade de adaptações do posicionamento, seja por meio dos próprios recursos da cadeira odontológica como apoios de cabeça articulados que permitem ajustes mais seguros, seja por meio da inserção de dispositivos auxiliares, como travesseiros ou suportes anatômicos, que favoreçam o adequado alinhamento e acomodação da região cervical. A inclusão de ilustrações desses ajustes pode auxiliar na orientação prática da equipe de saúde.



Figura 4 - Posição da cadeira odontológica para atendimento da pessoa com T21.

Fonte: Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência. Ministério da Saúde, 2019.

O hipotireoidismo, frequentemente associado a esses indivíduos, pode alterar o metabolismo de fármacos, impactar o metabolismo ósseo e provocar atrasos na erupção dentária. Além disso, características como pescoço curto, palato atrésico, apneia do sono e pseudo-macroglossia dificultam a visualização e o acesso à cavidade oral, além de exigirem cautela no uso de medicamentos sedativos que possam comprometer a via aérea. Esses pacientes também apresentam comprometimento específico das funções e estruturas orofaciais, incluindo hipotonia muscular, má oclusão de diferentes graus, anomalias dentárias, bruxismo e dificuldades na manutenção da higiene bucal (OLIVEIRA et al., 2008; CARNEIRO et al., 2018; HUNG et al., 2025). Diante desse cenário, o atendimento odontológico deve ser personalizado, contemplando instruções às famílias sobre a importância das consultas preventivas, orientações individualizadas aos cuidadores quanto às técnicas adequadas de higiene bucal e recomendação de escovas dentais adaptadas com cabos mais fáceis de segurar.

Do ponto de vista comportamental, a literatura científica aponta que a hiperresponsividade sensorial e comportamentos desafiadores, como a necessidade de assistência total durante procedimentos odontológicos, são comuns em crianças com T21 (HUNG et al., 2025). Além disso, destaca-se o medo, a ansiedade e a incapacidade de

cooperar com o tratamento como barreiras significativas, relatadas principalmente por pais de crianças com T21 (STEIN et al., 2020). Dessa forma, fica evidente a importância de uma abordagem personalizada para com os cuidados odontológicos a pessoas com T21, a fim de atender às necessidades específicas deste grupo, o que pode levar a melhores experiências e resultados para os pacientes.

O atendimento odontológico a pessoas com T21 deve englobar desde estratégias para dessensibilizar os pacientes, como comunicação clara, linguagem simplificada e envolvimento ativo da família, até adaptações no ambiente do consultório e flexibilizações de tempo de consulta. O conhecimento dos aspectos sistêmicos orienta as tomadas de decisões clínicas e, garantem um atendimento mais seguro e individualizado a esses pacientes. É importante destacar que, o papel do cirurgião-dentista e do atendimento odontológico, deve estar inserido em um contexto de cuidado integral, onde a saúde bucal é indissociável do bem-estar geral do paciente com T21.

16.5. Modalidades de Atendimento Odontológico

16.5.1. Manejo Comportamental

O manejo comportamental consiste em uma diversidade de manobras para alcançarmos o objetivo que em odontologia é: conseguir tratar o paciente como um modelo convencional onde ele permite a interação do atendimento. Para obter uma consulta promissora, a nossa anamnese precisa de dados diferenciados, como o comportamento daquele indivíduo frente a situações parecidas. Nas informações obtidas pelos responsáveis sobre o indivíduo que será atendido, alguns detalhes não podem fugir ao clínico, como o comportamento da criança frente ao profissional neste primeiro contato (se chora, se é muito agitado, se não interage, entre outros), já deve ser mensurado.

Além do olhar com o atendido, a interação dos responsáveis com o profissional em relação a criança interfere diretamente em como será conduzido o atendimento. Segundo Guedes, 2010, antes de tudo um profissional precisa amar o que faz. Não há cabimento um profissional que exerça sua especialidade sem este quesito. É ter prazer no convívio, é alegrar-se diante da sua presença, é buscar alternativas para cada dia proporcionar o seu melhor frente a diversidade. Finn em 1976 (Finn,S.B.. Odontopediatria Pediatrica. 4. Ed.

México, interamericana, p. 1-39, 1976.) já dizia que ser aceito com naturalidade é de suma importância já que o indivíduo reconhece quando há muito esforço para parecer simpático ou amável, e essa atitude em algum momento será apontada como inverdade.

Algo que deve ser também considerado uma qualidade básica do profissional é a paciência. O que pode normalmente demorar 10 minutos em alguns casos irá ultrapassar limites e nem sempre irá conseguir realizar em uma primeira consulta. A impaciência frente a algumas situações pode levar a perda da criação de vínculo. A interação durante todo o atendimento deve ser com a pessoa que será atendida. Entender seu momento, sua prioridade, seus anseios, seus medos, sua ansiedade irão proporcionar aquela criação de vínculo irreduzível. O reforço positivo depois do atendimento com um brinde ou um sorriso de conquistador é fundamental para o sucesso do atendimento. A técnica de falar-mostrar-fazer (American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient.) pode facilitar o atendimento odontológico. A técnica consiste em ambientar o paciente as texturas, vibrações, gostos e cheiros que ocorrerão durante a abordagem escolhida. A distração é uma técnica que tem como finalidade desviar a atenção do paciente do que está acontecendo ao seu redor. Recursos visuais como filme ou música favorita favorecem essa abordagem.

16.5.2. Estabilização Protetora

Os problemas comportamentais constituem uma das principais barreiras para o acesso de indivíduos com necessidades específicas aos cuidados dentários e representam um desafio na atuação do cirurgião-dentista. Quando as técnicas de gerenciamento comportamental se mostram ineficazes, a utilização de técnicas avançadas, estabilização protetora, sedação ou anestesia geral podem ser necessárias (American Academy of Pediatric Dentistry, 2024).

A estabilização protetora, anteriormente conhecida como contenção física ou contenção médica, também é um método de manejo comportamental utilizado em odontopediatria para a realização de diagnóstico e tratamento, em pacientes que não conseguem cooperar ou com movimentos involuntários (American Academy of Pediatric Dentistry, 2024); com o objetivo de eliminar movimentos indesejáveis, proteger o paciente, os pais e a equipe de saúde contra lesões e facilitar a

prestação de tratamento de qualidade (American Academy of Developmental Medicine and Dentistry, 2017).

A utilização da estabilização protetora pode ser considerada em crianças e adultos cujas deficiências de desenvolvimento, adquiridas, intelectuais ou físicas resultam em dificuldades comportamentais e/ou de movimento que inviabilizam o atendimento odontológico ambulatorial de rotina (Chavis, Wu, Munz, 2021). Pode ser realizada com o uso de materiais ou dispositivos imobilizadores como lençóis, faixas com velcro ou dispositivos comerciais (estabilização protetora passiva) ou com a ajuda dos pais/cuidadores ou do auxiliar em saúde bucal (estabilização protetora ativa) (American Academy of Developmental Medicine and Dentistry, 2017) e pode também ser realizada com a associação das duas formas. Um dispositivo de contenção passiva deve ser especialmente projetado para esta finalidade, de fácil utilização, com tamanho adequado ao paciente, macio e com formato que não provoque lesões e passível de ser desinfetado (American Academy of Pediatric Dentistry, 2024)

A estabilização protetora envolve a imobilização parcial ou completa da cabeça, corpo e/ou extremidades de um paciente por um período finito, deve ser utilizada apenas para consultas, avaliações de curta duração ou para procedimentos de urgência quando não há cooperação ou na presença de movimentos involuntários. Pode ainda ser utilizada quando um paciente cooperativo se agita durante o atendimento, com o objetivo de se concluir o tratamento iniciado (American Academy of Developmental Medicine and Dentistry, 2017).

Devido à instabilidade atlanto-axial, comum entre pacientes com T21, movimentos que envolvem a flexão e extensão da cabeça podem traumatizar a medula e/ou nervos periféricos (Defilipo, Amaral, Souza, 2015). A decisão de recomendar o uso de técnicas de estabilização ou imobilização deve ser empregada com cautela, análise criteriosa de sua pertinência (American Academy of Pediatric Dentistry, 2024), baseada nas necessidades de saúde bucal do paciente, nos níveis de desenvolvimento emocional e cognitivo, nas condições médicas e físicas e no impacto na qualidade do atendimento e no bem-estar do paciente (American Academy of Developmental Medicine and Dentistry, 2017). Deve refletir um benefício maior do que um risco potencial.

Em qualquer situação a utilização da estabilização protetora requer a monitorização contínua do bem-estar físico e psicológico durante o tratamento odontológico

(American Academy of Pediatric Dentistry, 2024). Além de estar integrada a uma abordagem comportamental individualizada com o objetivo de promover uma atitude odontológica favorável. Todo apoio comportamental positivo deve ser utilizado antes, durante e após a aplicação das técnicas de estabilização. Intervenções ponderadas que aumentam a possibilidade de um procedimento bem-sucedido com um resultado satisfatório são preferíveis ao atendimento em centro cirúrgico com anestesia geral e com todos os riscos inerentes. Por outro lado, para qualquer paciente as técnicas de dessensibilização devem ser empregadas antes de se considerar o uso da estabilização protetora (American Academy of Developmental Medicine and Dentistry, 2017) ou qualquer outra técnica avançada de gerenciamento comportamental.

É essencial que haja concordância dos responsáveis, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para a utilização da estabilização protetora, antes de sua implementação. Para tanto deve ser informado aos responsáveis a finalidade, os métodos e os dispositivos utilizados para a estabilização protetora, assim como as alternativas e os riscos. (American Academy of Pediatric Dentistry, 2024; American Academy of Developmental Medicine and Dentistry, 2017).

16.6. Sedação e Anestesia Geral

A sedação consciente corresponde ao estado de depressão da consciência induzida por fármacos durante o qual o paciente responde aos comandos verbais por conta própria ou com leve estímulo tátil, mantém a função cardiovascular e a ventilação espontânea sem necessidade de suporte para as vias aéreas (Malamed, 2012). Utilizada para gerenciamento comportamental em odontologia, a sedação consciente proporciona um maior conforto durante a realização de tratamentos odontológicos, especialmente em crianças e pacientes com deficiência (Choi & Doh, 2021), com maior aceitação pelos pais que a estabilização protetora.

Nos pacientes com T21 o grau de comprometimento intelectual é determinante para a adaptação ou condicionamento do paciente aos cuidados odontológicos ambulatoriais e para a indicação de tratamento sob sedação ou anestesia geral (Uemura, 2021).

A Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 51/04, de 30 de abril de 2004 regulamentou normas para habilitação do cirurgião-D=dentista na aplicação da analgesia relativa ou sedação consciente com o intuito de definir os parâmetros legais referentes a essa prática, desde que o cirurgião-dentista esteja devidamente habilitado em curso autorizado (Conselho Federal de Odontologia-CFO, 2004).

A sedação pode ser uma alternativa eficaz e segura à anestesia geral para pacientes com comprometimentos físicos e intelectuais. Porém, aplicar a sedação em pacientes não cooperativos ou àqueles respiradores orais, o que é típico em pacientes com T21, pode ser desafiador (Choi & Doh, 2021, Sari, Primarti, Setiawan, 2024). Nesses casos, devem-se considerar riscos específicos associados ao fenótipo da T21, como hipotonia faríngea, predisposição à obstrução de via aérea e maior colapso das estruturas superiores durante a sedação, o que exige monitorização rigorosa, escolha criteriosa da técnica e preparo da equipe para intervenções rápidas e seguras em caso de comprometimento respiratório. Vários tipos diferentes de agentes sedativos estão disponíveis, mas o agente ideal deve ser eficaz na dosagem que altere minimamente os sinais vitais, garanta uma recuperação rápida e apresenta baixa prevalência de reações adversas. As técnicas mais comumente utilizadas incluem a administração de agentes sedativos inalatórios ou orais. A sedação inalatória com óxido nitroso-oxigênio é a técnica de sedação mais comum usada em odontologia (Braham, Bogetz, Kimura, 1993).

Essa técnica apresenta diversas vantagens, incluindo rápido início de ação, possibilidade de titulação da dose durante o procedimento e rápida recuperação. Porém, o sucesso da aplicação depende da disposição do paciente em aceitar a colocação da máscara e manter a respiração nasal (Hulland, Freilich, Sándor, 2002).

Desta forma, em pacientes mais resistentes, a sedação inalatória pode ser associada com a utilização de baixa dosagem de benzodiazepínica via oral para aceitação da máscara nasal. A associação pode ser feita com segurança, pois o óxido nitroso tem a vantagem de ser titulável.

Os benzodiazepínicos são os fármacos mais acessíveis e seguros para sedação consciente no consultório odontológico. Possuem propriedades sedativas, ansiolíticas, anticonvulsivantes e podem gerar amnésia (o que minimiza a lembrança de experiências desagradáveis em consultório), relaxamento do músculo esquelético e contém alta lipossolubilidade, que caracteriza início rápido de ação e baixa toxicidade, além da facilidade

de administração, que para a finalidade de sedação leve é utilizada a via oral, também por ser mais segura. Levando em consideração o tempo de procedimentos odontológicos, o midazolam é o fármaco de escolha para a sedação consciente. Ele tem efeito rápido e menor tempo de meia vida, quando comparados com os outros medicamentos do grupo, como o diazepam e lorazepam. O midazolam pode ser indicado para todas as faixas etárias sem nenhum prejuízo sistêmico (Kapur & Kapur, 2018).

A utilização da sedação consciente não exclui a necessidade da estabilização protetora e proporciona uma boa oportunidade de gerenciamento comportamental para que no futuro tenhamos um comportamento colaborador. As diversas formas de gerenciamento comportamental podem ser utilizadas em conjunto, porém nem sempre garantem que o atendimento seja realizado e a anestesia geral pode ser necessária, dependendo das necessidades odontológicas, do nível de colaboração que o paciente pode oferecer e das condições físicas e psicológicas.

A anestesia geral é um procedimento indicado para pacientes com T21, sendo em diversos casos, a primeira opção para realização do tratamento odontológico. Alguns pontos devem ser considerados pela equipe que irá avaliar o paciente e prepará-lo para anestesia geral, tais como a hipotonia muscular, pseudo-macroglossia, pescoço curto, restrição da mobilidade atlanto-occipital e alterações esqueléticas e articulares. Anomalias cardíacas congênitas, como defeito do septo atrioventricular e persistência do canal arterial, são observadas em cerca de 40% a 42% dos casos, exigindo profilaxia antibiótica prévia em muitos pacientes. Alterações respiratórias, incluindo hipertrofia de amígdalas e adenóides e apneia obstrutiva do sono, são frequentes e contribuem para a dificuldade no manejo das vias aéreas durante procedimentos sob sedação ou anestesia geral. Além disso, há maior incidência de epilepsia (5–10%), hipotireoidismo (até 50%), atresia duodenal, refluxo gastroesofágico, obesidade e pneumonia, eleva o risco anestésico e dificulta o acesso vascular. Entretanto, o tratamento odontológico sob anestesia geral se torna necessário nos casos de baixa cooperação ou múltiplas demandas, permitindo a resolução integral em ambiente seguro. A avaliação pré-operatória deve ser rigorosa e multidisciplinar, priorizando condutas seguras à condição sistêmica do paciente (Akpınar, 2019). Somado a isso, a equipe hospitalar e o anestesista devem estar preparados para acolher o paciente com empatia e técnicas de manejo comportamental. O envolvimento da família é

fundamental para garantir o sucesso do tratamento odontológico sob anestesia geral. (Rada, 2013)

Vale ressaltar que neste manual há um capítulo sobre sedação e anestesia geral, onde conseguimos obter mais informações sobre estes temas.

16.7. Tratamento Ortodôntico e Ortopédico Facial e Funcional dos Maxilares

16.7.1 A contribuição da Ortopedia facial e funcional dos maxilares na função do complexo orofacial

Em crianças com T21 é necessário observar atentamente o sistema estomatognático a fim de determinar o melhor momento para iniciar a terapia, acompanhar sua evolução e avaliar os resultados. As anormalidades musculares no complexo orofacial são aparentes ao nascimento e incluem a dificuldade do bebê em sugar, engolir e fechar a boca, bem como a protrusão da língua. As primeiras respostas motoras dos músculos orais em um recém-nascido são respostas reflexas aos estímulos táteis. A irritação da área da boca produz o reflexo de busca, virando a cabeça em direção ao estímulo e abrindo a boca (Limbrock GJ, et al. 1993).

Recomenda-se que a terapia de regulação orofacial de Castillo Morales seja implementada imediatamente após o nascimento. O tratamento, além da placa palatina de memória (PPM), inclui massagem com toques, afagos e alongamentos, bem como o uso da técnica de vibração muscular orofacial (Pecyna MB, 2000 et. al; . Korbmacher H et al. , 2004;). Uma criança que começa a receber essa terapia desde os primeiros estágios da vida pode desenvolver padrões motores próximos da normalidade. Este princípio é a base da ortopedia funcional maxilofacial.

A Ortopedia Funcional dos Maxilares (OFM) é uma especialidade da odontologia que se concentra na correção de desequilíbrios do sistema estomatognático, utilizando aparelhos removíveis que atuam sobre a função muscular e esquelética. Ao contrário da ortodontia convencional, que move dentes, a OFM busca estimular ou inibir o crescimento ósseo e muscular para um desenvolvimento mais equilibrado (FRANKEL, R.; FRANKEL, C. 1989 PLANAS, P. 2007).

Em pacientes com T21, a OFM oferece um tratamento não invasivo e eficaz para:

- Estímulo da Maxila: Aparelhos como o Plano Inclinado ou o Regulador de Função de Frankel (RF) podem ser utilizados para estimular o crescimento anterior da maxila e ampliar o palato, corrigindo a hipoplasia e o palato ogival. (SOUZA, L. L.; SANTOS, S. C. 2017).
- Reeducação da Língua e Lábios: A musculatura flácida pode ser reeducada para uma posição e função mais adequadas, ajudando a fechar a boca, melhorando a respiração nasal e diminuindo a protrusão lingual.
- Correção da Oclusão: A intervenção precoce com aparelhos de OFM pode prevenir a má oclusão de Classe III, estabelecendo uma relação mais harmônica entre a maxila e a mandíbula. (LOPES, P. R.; LIMA, S. C. S. 2015).

O tratamento com OFM em crianças com T21 deve ser iniciado o mais cedo possível, idealmente na fase de dentição mista, para aproveitar o potencial de crescimento. A colaboração com fonoaudiólogos e fisioterapeutas é fundamental para um resultado completo, abordando as funções e musculatura orofaciais.

16.7.2. Placa Palatina de Memória

A terapia de regulação orofacial foi idealizada pelo médico argentino Dr. Rodolfo Castillo Morales. Ao ser convidado para continuar sua busca científica no Centro infantil da Cátedra de Pediatria Social na Universidade de Munique, na Alemanha, pode alinhar sua metodologia com outros métodos de avaliação do neurodesenvolvimento. Neste local, o paciente não recebia apenas terapias adversas. Participava de um Programa Terapêutico onde se levava em conta as necessidades de cada paciente. A terapia desta forma não tem apenas um direcionamento, mas leva a cada profissional envolvido a refletir e proporcionar, em conjunto, a melhor terapia para aquele paciente. Foi na Alemanha que Dr. Rodolfo Castillo Morales formou o primeiro grupo de Instrutores Especialistas no Conceito Rodolfo Castillo Morales (RCM), denominados de "AMADEUS" (Amor, Maestro, Amo, Domínio, Especialista, Único e Senhor), e após seu conceito foi difundido em todo o mundo. Com uma abordagem holística, o conceito RCM é um programa terapêutico para pessoas com

necessidades especiais com alterações sensoriais, motoras e orais, que possuem alterações no seu sistema estomatognático.



Fonte: Morales RC. Terapia de regulação orofacial: Conceito RCM. São Paulo: Memnon, 1999.

Segundo o conceito RCM, a função é o elemento mais importante e a forma é concebida pela função. O palato citando como exemplo tem este formato para adequar as funções da língua. A correta coordenação da função desenvolve e proporciona um crescimento orofacial correto. Na terapia de regulação orofacial do conceito RCM, ativa-se os diversos canais sensoriais através de estímulos. Ao observar os aparelhos dos pacientes fissurados, percebeu que ao colocar o aparelho o paciente adotava a posição fisiológica da língua. Como um treino, a princípio a placa palatina de memória (PPM) chamava-se “placa de lembrança”.

Foi em 1975 que a PPM foi introduzida na terapia com critérios exclusivamente funcionais. Para sua realização é necessário um molde ou escaneamento para obtenção de um modelo pelo qual será confeccionado a placa (Figura 5). Um artigo brasileiro, demonstra o passo a passo desde o escaneamento do paciente até a impressão de uma PPM impressa, sendo totalmente digital (Nascimento et al., 2024). O conceito RCM, tem como objetivo a ativação das estruturas do complexo orofacial, através da estimulação das zonas motoras sensoriais faciais. Esta ação gera uma reação que, produzem resposta motora,

fortalecendo as estruturas envolvidas e devolvendo as funções dentro do padrão de normalidade (Hohoff e Ehmer, 1997).

A moldagem do paciente pode ser realizada através de um alginato de boa qualidade que toma presa rápido, proporcionando uma moldagem eficaz rápida de alta qualidade, ou pode ser feito através de escaneamento digital, quando a ponteira do mesmo for proporcional ao tamanho da boca da criança. Caso não consiga um bom molde devido a falta de moldeiras adequadas para a dimensão oral da criança, é necessária a confecção de uma moldeira individual através do modelo realizado e uma nova moldagem (Figura 5). A confecção da placa no molde deve ser realizada com o estímulo no palato mais posterior possível, no limite entre o palato duro e mole, para proporcionar o efeito vácuo desejado. Coloca-se estímulos vestibulares para auxiliar na função do vedamento dos lábios (Figura 5). A placa deve ser utilizada durante o dia, sendo retirada para alimentação para não atrapalhar as experiências sensoriais. A ideia é proporcionar a criança a procura do estímulo e desta forma, exercitar o aprendizado da correta orientação da postura correta com complexo orofacial (Figura 5).

Não há um consenso sobre o tempo mínimo necessário para modificação da postura habitual, sendo que algumas crianças podem atingir o resultado desejado em menos tempo do que outras. A adesividade se dá pela correta execução da moldagem. Em alguns casos pode-se lançar mão de fixadores, é necessário comunicar os responsáveis quanto ao aumento do fluxo salivar. O objetivo do uso da placa palatina é que a língua adquira um melhor contato com o palato, e a elevação do ápice lingual. Além de proporcionar uma respiração nasal mais eficaz devido ao vedamento labial e uma aproximação do padrão fisiológico normal do sistema estomatognático. A ideia é proporcionar movimentos diversos estimulados e reforçados, que propiciam tonicidade e força muscular adequadas.

As indicações variam do posicionamento lingual entre os rodets gengivais ou labiais, língua protusa, e lábio superior hipoativo (Figura 6).



Figura 6 - Esquema dos objetivos do uso da PPM Fonte: Dra Andressa Robes

Fonte: Elaboração própria.

O fracasso do tratamento pode ocorrer quando houver falha do diagnóstico, placas muito espessas, estímulos posicionados erroneamente, falta de adesão ao tratamento ou respirador bucal devido a fatores patológicos obstrutivos.

A placa só atinge o seu objetivo total quando está aderida a um programa terapêutico em conjunto com outros terapeutas com a finalidade de estabelecer a melhoria do complexo orofacial. O trabalho conjunto é de extrema importância, pois através de uma estimulação adicional de exercícios faciais e motores, favorece um mais rápido e correto desenvolvimento da criança, reduzindo a sua hipotonia muscular. Para o médico Dr Rodolfo Castillo Morales, "a reabilitação é universal! Não há apenas um caminho terapêutico, mas sim muitos caminhos. Deve-se destacar as possibilidades de cada paciente: o que ele pode fazer. Essa é a chave para o mundo dos pacientes: suas possibilidades e não suas incapacidades".

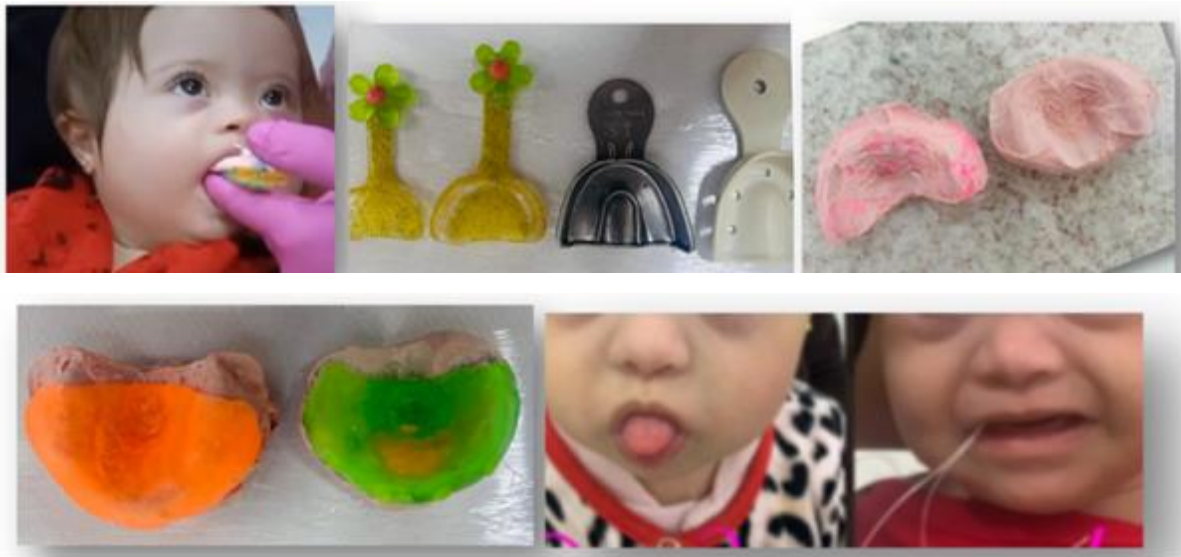


Figura 5 — Bebê com Trissomia do 21 e algumas etapas da confecção da Placa Platina de memória.

Legenda: É possível notar no bebê a face arredondada, olhos amendoados. Este bebê foi submetido à moldagem com moldeira individual para confecção do modelo, destacando-se a comparação entre moldeiras individuais e pré-fabricadas, bem como as diferenças nos modelos obtidos por cada técnica. Apresenta-se, também, duas PPM na visão oclusal com o botão, confeccionadas segundo o conceito RCM, evidenciando suas implicações orais alteradas. *Imagem cedida pela Dra. Andressa Robles.*





Figura 6 — Bebê com Trissomia do 21 antes do uso da PPM e após 12 meses de uso, vista frontal, lateral e intraoral

Legenda: É possível notar no bebê a face arredondada, olhos amendoados, ponte nasal baixa e língua na parte inferior da boca, característica frequente devido à hipotonia muscular e ao espaço reduzido na cavidade oral. Além da Placa Palatina de Memória (PPM) impressa na visão oclusal com o botão, vestibular com as ranhuras e a visão interna da placa. *Imagem do Serviço de Ortopedia Funcional dos Maxilares para Pessoas com Deficiência, Instituto de Saúde de Nova Friburgo – UFF.*

16.7.3. Expansores ou Disjuntores Maxilar

Pacientes com T21 frequentemente apresentam alterações esqueléticas e funcionais como vimos na parte de crescimento craniofacial. Essas alterações justificam intervenções ortodônticas precoces, a fim de melhorar não apenas a oclusão dentária, mas também a função respiratória, a deglutição, a audição e a articulação da fala (Novais,FS; Cunha DP, 2022; Kilic et al., 2011). Entre os recursos ortodônticos precoces utilizados para a correção dessas alterações, destaca-se o disjuntor maxilar, cuja aplicação tem mostrado benefícios significativos nestes pacientes.

O disjuntor maxilar é um aparelho ortodôntico projetado para promover a expansão da maxila. Existem diferentes tipos de disjuntores, como o Hyrax, Haas e McNamara, cada um com suas particularidades, mas todos com o objetivo principal de expandir o palato, aumentando o perímetro transversal do arco, corrigindo problemas como a mordida cruzada e a atresia maxilar. O funcionamento básico do disjuntor envolve a aplicação de uma força gradual e controlada sobre as suturas palatinas, promovendo a separação dessas suturas, resultando no aumento do diâmetro transversal da maxila. A ativação do aparelho

é feita por meio de um parafuso central, que é girado periodicamente (geralmente uma ou duas vezes ao dia, conforme orientação do ortodontista) pelos pais ou cuidadores. Essa ativação gera uma pressão que se distribui pelos dentes e ossos da maxila, promovendo a expansão. Após a fase de expansão ativa, o aparelho é mantido na boca por um período de contenção, que geralmente dura alguns meses. Essa fase é crucial para permitir a formação de novo osso na região expandida e a estabilização dos resultados alcançados.

Kilic et al. (2011) observaram que 31% dos pacientes com T21 submetidos à disjunção apresentaram complicações (úlceras orais, dor, inflamação), contra 0% no grupo controle. Isso reforça a importância do monitoramento e da adaptação dos protocolos. O sucesso da disjunção em pacientes com T21 depende da integração entre ortodontistas, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos e pediatras, que podem intervir de forma coordenada para otimizar os resultados e reduzir complicações (Kim et al., 2022; De Moura et al., 2005).



Figura 7 — Paciente com T21 e 5 anos apresentando mordida cruzada unilateral

Legenda: Foi utilizado aparelho de Expansão Rápida da Maxila (ERM) McNamara com máscara facial para tração reversa. *Imagem do Serviço de Ortopedia Funcional dos Maxilares para Pessoas com Deficiência, Instituto de Saúde de Nova Friburgo – UFF*

Após tratamento foi observado a permanência dos dentes 62 e 63 cruzados e devido a isto, foi selecionado um aparelho de expansão lenta, com torno tridimensional, como contenção da disjunção.



O tratamento com OFM em crianças com T21 deve ser iniciado o mais cedo possível, idealmente na fase de crescimento, para aproveitar este potencial. A colaboração com fonoaudiólogos, fisioterapeutas e a família é fundamental para um resultado completo, abordando as funções de fala e musculatura associada.

Ao focar no reequilíbrio funcional do sistema estomatognático, a OFM não apenas corrige problemas de oclusão e desenvolvimento ósseo, mas também contribui para a melhora da respiração, da mastigação e da fala, elementos essenciais para a autonomia e a qualidade de vida. O sucesso do tratamento depende de um diagnóstico preciso, de uma abordagem multidisciplinar e do comprometimento da família e do paciente.

16.8. Orientações aos Responsáveis no Cuidado da Saúde Bucal

O cuidado bucal das pessoas com T21 deve fazer parte da rotina familiar desde os primeiros meses de vida. A sociedade brasileira de pediatria aconselha a visita precoce no dentista, devido a hipotonia muscular, para avaliação da possibilidade de uso da placa palatina de memória (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023). Orientações de escovação com pasta fluoretada em torno de 1100 a 1500 ppm de flúor (Levine, 2019) e a quantidade de pasta, deve ser realizada nos primeiros meses de vida, para garantir a escovação dos dentes assim que surgir o primeiro dente. Como muitas crianças apresentam coordenação motora alterada, é essencial que o responsável auxilie ou supervisione a escovação, introduzindo também o fio dental de forma gradativa. As escovas elétricas infantis e o fio dental de haste são recursos que podem facilitar a higiene bucal. A alimentação saudável

também é uma importante aliada, reduzindo o consumo de açúcar, balas pegajosas e refrigerantes, auxiliando na prevenção da doença cárie. Ao mesmo tempo, oferecer frutas, vegetais e alimentos fibrosos contribui para a saúde geral e bucal (Ministério Da Saúde, 2014). Orientações a respeito dos hábitos bucais devem fazer parte da consulta. É fundamental que os responsáveis estejam atentos a sinais como respiração bucal, ausência de selamento labial e língua com postura inadequada, para que rapidamente possam procurar auxílio do dentista.

As consultas odontológicas devem ser realizadas de forma regular e preventiva (Camargo et. al, 2009), de forma a fortalecer o vínculo profissional com a criança/família, gerando uma experiência positiva. O mais importante é que o cuidado seja feito de forma acolhedora, respeitando o tempo de cada criança e podendo celebrar cada conquista de autocuidado. A família precisa se sentir acolhida e em qualquer dificuldade deve discutir com o dentista a melhor solução para manutenção da saúde bucal.

16.9. Considerações Finais

As alterações gerais e orofaciais na T21 representam um desafio significativo para o desenvolvimento e a saúde geral do indivíduo. A Ortopedia Funcional dos Maxilares se apresenta como uma ferramenta terapêutica de grande valor, permitindo uma intervenção precoce e não invasiva. Ao focar no reequilíbrio funcional do sistema estomatognático, a OFM não apenas corrige problemas de oclusão e desenvolvimento ósseo, mas também contribui para a melhora da respiração, da mastigação e da fala, elementos essenciais para a autonomia e a qualidade de vida. O sucesso do tratamento depende de um diagnóstico preciso, de uma abordagem multidisciplinar e do comprometimento da família e do paciente.

O cuidado odontológico da pessoa com T21 exige sensibilidade, conhecimento técnico e compromisso com a inclusão. Este manual reforça o papel da Odontologia no processo de reabilitação funcional e social de indivíduos com deficiência, ampliando o olhar sobre a saúde bucal como parte indissociável da saúde integral. Ao oferecer orientações baseadas em evidências e adaptadas à realidade do SUS, o Ministério da Saúde reafirma seu compromisso com uma atenção acessível, acolhedora e centrada na pessoa.

Para alcançar uma assistência de qualidade, é imprescindível investir na formação contínua dos profissionais de saúde, com ênfase em abordagens humanizadas, técnicas adaptadas e manejo clínico seguro das condições sistêmicas associadas à T21. A atuação integrada de cirurgiões-dentistas, ortodontistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, pediatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e demais profissionais é essencial para o planejamento terapêutico e para a efetividade dos cuidados. O trabalho em rede, articulado com os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e demais pontos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, fortalece a continuidade do cuidado e evita a fragmentação da atenção. Espera-se que este manual contribua para a qualificação dos serviços, subsidiando ações de educação permanente, a elaboração de protocolos assistenciais e a implementação de políticas públicas orientadas à equidade. Sua adoção pelos municípios e estados poderá favorecer estratégias de triagem precoce, inclusão de terapias ortopédicas funcionais nos planos terapêuticos, vigilância da saúde bucal e ampliação da cobertura dos serviços especializados. A saúde bucal das pessoas com T21 não deve ser vista como um cuidado isolado, mas como parte de um projeto de vida pleno, com participação social, cidadania e dignidade.

17. Atenção Odontológica à Pessoa com Transtornos Mentais

A atenção odontológica voltada a pessoas com transtornos mentais representa um desafio estratégico para os sistemas de saúde, em função da elevada prevalência dessas condições e de seu impacto sobre a saúde bucal e a qualidade de vida. Estima-se que mais de um bilhão de pessoas no mundo convivam com algum transtorno mental, configurando-se entre as principais causas de incapacidade, perda de produtividade e sobrecarga social (World Health Organization-WHO, 2022).

No cenário epidemiológico global, o estudo Global Burden of Disease (GBD) de 2021 apontou que os transtornos mentais foram responsáveis por aproximadamente 444 milhões de casos incidentes e por 155 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs) (GBD, 2022). No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) registrou aumento da prevalência de depressão autorreferida de 7,6% em 2013 para 10,2% em 2019, com maior ocorrência entre mulheres e indivíduos com menor escolaridade (BRASIL, 2020).

Do ponto de vista da saúde bucal, as repercussões são amplamente reconhecidas. Indivíduos com esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão grave e outros transtornos apresentam maiores prevalências de cárie dentária, doença periodontal, perdas dentárias e edentulismo (KISELY et al., 2020; CAMPOS et al., 2021). Tais condições estão associadas a múltiplos fatores:

- Efeitos adversos de psicotrópicos, como a xerostomia induzida por antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos, que aumenta a suscetibilidade à cárie e à doença periodontal;
- Barreiras comportamentais e sociais, incluindo ansiedade odontológica, baixa adesão ao autocuidado oral e dificuldade de acesso aos serviços de saúde;
- Determinantes sociais da saúde, que se somam às vulnerabilidades clínicas e intensificam iniquidades em saúde.

Diante desse panorama, torna-se imprescindível a integração da saúde bucal nas linhas de cuidado em saúde mental, garantindo ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento integral em todos os níveis de atenção. Essa abordagem está em consonância com o Plano de Ação em Saúde Mental da OMS 2013–2030, bem como com as políticas

nacionais de saúde bucal e saúde mental, que preconizam cuidado interdisciplinar, integral e longitudinal.

17.1 Definição e Classificação dos Transtornos Mentais

17.1.1 Definição:

Os transtornos mentais são condições caracterizadas por alterações clinicamente significativas na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, associadas a sofrimento pessoal ou a prejuízos relevantes no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida. Essas condições não se explicam apenas por diferenças culturais ou conflitos sociais, mas refletem disfunções nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento envolvidos no funcionamento mental (WHO, 2022; APA, 2022).

17.1.2. Classificação:

A classificação internacional dos transtornos mentais é atualmente regida por dois sistemas principais: a Classificação Internacional de Doenças – 11ª edição (CID-11) da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Texto Revisado (DSM-5-TR) da

American Psychiatric Association (APA, 2022). Entre os principais grupos, destacam-se:

1. Transtornos do Neurodesenvolvimento – incluem condições de início precoce, como deficiência intelectual, transtornos da comunicação, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), transtornos específicos da aprendizagem e transtorno do espectro autista (TEA).
2. Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos – caracterizados por distorções do pensamento, da percepção e da afetividade, incluindo esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno delirante e transtorno psicótico breve.

3. Transtornos do Humor (Afetivos) – englobam alterações persistentes do humor, como episódios depressivos, transtorno depressivo recorrente, transtorno bipolar tipo I e II e ciclotimia.
4. Transtornos de Ansiedade e Relacionados ao Estresse – incluem transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, fobias específicas, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).
5. Transtornos Relacionados a Substâncias e Comportamentos Aditivos – associados ao uso de álcool, tabaco, drogas ilícitas e comportamentos compulsivos, como o jogo patológico.
6. Transtornos da Personalidade – padrões persistentes de experiência interna e comportamento desviantes das expectativas socioculturais, como os transtornos de personalidade borderline, antissocial, narcisista e obsessivo-compulsiva.
7. Transtornos Neurocognitivos – comprometem funções cognitivas superiores, sobretudo no envelhecimento, como ocorre na doença de Alzheimer e em outras demências.
8. Transtornos Alimentares e do Controle de Impulsos – como anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar periódica, cleptomania e piromania.
9. Outros Transtornos Específicos – abrangem transtornos do sono-vigília, transtornos dissociativos, transtornos somatoformes e disforia de gênero.

Quadro 1_– Transtornos Mentais, Repercussões Bucais e Recomendações Odontológicas

Grupo de Transtornos Mentais	Exemplos Clínicos	Principais Repercussões Bucais	Recomendações Odontológicas
Transtornos do Neurodesenvolvimento	TEA, TDAH, deficiência intelectual	Higiene oral prejudicada, risco aumentado de cárie, traumatismos dentários, bruxismo, dificuldades de	Abordagem lúdica e comunicativa; dessensibilização progressiva; uso de contenção protetiva quando

		colaboração em atendimentos	necessário; orientação a cuidadores; protocolos preventivos intensivos (fluoroterapia, selantes)
Espectro da Esquizofrenia e Transtornos Psicóticos	Esquizofrenia, esquizoafetivo, psicótico breve	Higiene oral precária, alta prevalência de cárie, doença periodontal e edentulismo; efeitos de antipsicóticos (xerostomia, discinesia tardia)	Consultas curtas e regulares; prevenção intensiva; uso de saliva artificial; manejo de movimentos involuntários; foco em prótese reabilitadora
Transtornos do Humor (Afetivos)	Depressão, transtorno bipolar	Negligência do autocuidado, xerostomia por antidepressivos, maior risco de doença periodontal, halitose, edentulismo precoce	Apoio motivacional; consultas em horários adequados; terapêutica preventiva; monitorar interações medicamentosas (ex.: lítio)
Transtornos de Ansiedade	Transtorno de ansiedade	Bruxismo, dor orofacial, disfunção temporomandibular	Técnicas de controle de ansiedade (sedação

Relacionados ao Estresse	generalizada, TEPT, TOC	(DTM), erosão dentária (associada a vômitos compulsivos no TOC)	consciente, respiração guiada); placas interoclusais; abordagem multiprofissional com psicologia/fisioterapia
Transtornos Relacionados a Substâncias Comportamentos Aditivos	Alcoolismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, jogo patológico	Maior risco de câncer bucal, xerostomia, cárie rampante (ex.: “meth mouth”), gengivite ulcerativa necrosante, trauma	Rastreamento oncológico frequente; aconselhamento para cessação do tabaco e álcool; protocolos de redução de danos; monitoramento periodontal rigoroso
Transtornos da Personalidade	Borderline, antissocial, narcisista, obsessivo-compulsiva	Baixa adesão a tratamentos, condutas impulsivas, automutilação oral, negligência crônica da saúde bucal	Estabelecer vínculo terapêutico consistente; planejamento realista; consultas curtas; integração com equipe multiprofissional
Transtornos Neurocognitivos	Alzheimer, outras demências	Perda progressiva da autonomia no autocuidado oral, disfagia, risco de	Capacitação de cuidadores; próteses simples e de fácil

		aspiração, estomatite protética	manutenção; consultas domiciliares ou hospitalares; uso de escovas adaptadas
Transtornos Alimentares e de Controle de Impulsos	Anorexia nervosa, bulimia nervosa, compulsão alimentar, cleptomania	Erosão dentária por vômitos, xerostomia, hipersensibilidade dentinária, lesões mucosas traumáticas	Reforço de higiene após episódios de vômito (sem escovar imediatamente); aplicação tópica de flúor; orientações nutricionais integradas
Outros Transtornos Específicos	Transtornos do sono-vigília, dissociativos, disforia de gênero	Bruxismo do sono, desgaste dentário, distúrbios relacionados ao estresse	Monitoramento para DTM; placas interoclusais; abordagem integrada com neurologia e psiquiatria

Fonte: Griffiths, J., et al. (2000) e Ziomko, A., et al. (2022)

17.2. Principais Achados Oraís em Pessoas com Transtornos Mentais

17.2.1. Doenças Bucais Prevalentes

- Cárie dentária: prevalência aumentada devido à higiene oral inadequada, dieta cariogênica e xerostomia medicamentosa.

- Doença periodontal: maior risco de gengivite e periodontite, associada à higiene precária, inflamação sistêmica e tabagismo.
- Edentulismo precoce: decorrente de perda dentária por cárie e doença periodontal não tratadas.
- Infecções oportunistas: como candidíase oral em pacientes imunodeprimidos ou com uso de psicotrópicos.

17.2.2. Efeitos Adversos de Psicofármacos

- Xerostomia (hipossalivação) – comum com antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos → favorece cárie, doença periodontal e halitose.
- Sialorreia – observada em usuários de clozapina.
- Discinesias orofaciais – movimentos involuntários que causam traumas na mucosa e desgaste dentário.
- Bruxismo – associado a antidepressivos e ansiolíticos, levando a desgaste dentário e disfunções temporomandibulares (DTM).
- Alterações no paladar e hipersensibilidade dentária.

17.2.3. Alterações Comportamentais e Fisiológicas

- Higiene bucal deficiente: baixa adesão ao autocuidado e dependência de cuidadores.
- Ansiedade odontológica: resistência ou fobia ao tratamento, dificultando intervenções.
- Transtornos alimentares (anorexia, bulimia, compulsão alimentar): erosão dentária por vômitos, hipersensibilidade, mucosites.
- Autolesões orais: mordidas repetitivas em mucosa ou língua, associadas a transtornos de personalidade ou psicose.
- Alterações da mastigação e deglutição: comuns em demências e esquizofrenia, com risco de disfagia e aspiração.

- Estomatite protética: em usuários de próteses totais ou parciais, muitas vezes associada à má higienização.

17.2.4. Achados Associados a Fatores de Risco

- Tabagismo e etilismo (mais frequentes em pessoas com TM graves): risco aumentado de câncer bucal.
- Dieta rica em carboidratos simples: associada ao uso de psicotrópicos e hábitos alimentares compensatórios.

Resumindo

As pessoas com transtornos mentais apresentam:

- Maior risco de cárie, doença periodontal e edentulismo;
- Complicações decorrentes de psicotrópicos (xerostomia, bruxismo, discinesias, sialorreia);
- Alterações comportamentais que comprometem a adesão ao tratamento odontológico;
- Necessidade de protocolos diferenciados de prevenção e reabilitação.

Quadro 2 – Principais Achados Orais em Pessoas com Transtornos Mentais

Achado Oral	Causas Associadas	Conduta Odontológica Recomendada
Cárie dentária aumentada	Higiene oral deficiente; dieta cariogênica; xerostomia induzida por psicotrópicos	Fluorterapia (tópica e sistêmica); selantes; monitoramento frequente; orientação a cuidadores
Doença periodontal	Higiene precária; inflamação sistêmica; tabagismo; adesão reduzida ao autocuidado	Controle químico e mecânico de biofilme; raspagem e alisamento radicular; manutenção periódica curta

Edentulismo precoce	Perda dentária não tratada por cárie e periodontite; barreiras de acesso a serviços	Planejamento reabilitador simples e funcional (próteses); manutenção preventiva intensiva
Xerostomia	Uso de antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos	Estímulo salivar (gomas sem açúcar, saliva artificial); fluoretos; hidratação frequente
Sialorreia	Uso de clozapina	Acompanhamento multiprofissional; ajustes farmacológicos com psiquiatria; medidas locais de controle
Discinesias orofaciais	Uso prolongado de antipsicóticos (discinesia tardia)	Protetores orais individualizados; prevenção de traumas em mucosa; monitoramento periódico
Bruxismo / DTM	Estresse; uso de antidepressivos e ansiolíticos	Placas interoclusais; analgesia; fisioterapia orofacial; acompanhamento multiprofissional
Alterações do paladar	Efeitos adversos de psicofármacos	Orientação alimentar; avaliação medicamentosa em conjunto com psiquiatria
Erosão dentária	Vômitos recorrentes (bulimia nervosa); dieta ácida	Fluorterapia; restaurações minimamente invasivas; orientações dietéticas
Autolesões orais	Transtornos psicóticos ou de personalidade	Monitoramento das lesões; protetores orais; intervenção multiprofissional
Infecções oportunistas (candidíase)	Xerostomia; imunossupressão; má higiene protética	Antifúngicos tópicos/sistêmicos; higienização protética adequada; controle periódico

Estomatite protética	Higiene precária da prótese; uso contínuo	Instrução de higiene; remoção noturna da prótese; reembasamento/ajuste da prótese
Risco aumentado de câncer bucal	Tabagismo e etilismo frequentes em TMG (Transtornos Mentais Graves)	Exame clínico regular; biópsia de lesões suspeitas; encaminhamento oncológico precoce
Alterações na mastigação e deglutição	Demências e esquizofrenia avançada	Ajuste protético; dieta adaptada; acompanhamento fonoaudiológico integrado

Fonte: Griffiths, J., et al. (2000) e Ziomko, A., et al. (2022)

17.3. Seguimento assistencial em Odontologia para Pessoas com Transtornos Mentais

17.3.1. Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde (APS)

Porta de entrada preferencial da rede.

- Identificação precoce de sinais e sintomas bucais relacionados a transtornos mentais.
- Acolhimento humanizado, com avaliação de necessidades específicas de saúde bucal.
- Educação em saúde para usuários, familiares e cuidadores (higiene oral, prevenção de agravos).
- Registro no prontuário eletrônico integrado com a equipe de saúde mental.
- Encaminhamento quando necessário para Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou atenção secundária em odontologia.

17.3.2. Atenção Secundária / Especializada

Referência a serviços odontológicos especializados.

- Atendimento em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ou policlínicas.

- Intervenções de média complexidade: periodontia, endodontia, prótese dentária, pequenas cirurgias.
- Suporte para manejo de condições decorrentes de efeitos adversos de psicotrópicos (xerostomia, cáries rampantes, doença periodontal).
- Trabalho articulado com equipes multiprofissionais (odontologia, psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia, nutrição).
- Planejamento terapêutico compartilhado com os CAPS.

17.3.3. Atenção Terciária / Hospitalar

Casos de alta complexidade ou comorbidades clínicas graves.

- Atendimento odontológico hospitalar para pacientes com comprometimento cognitivo severo, risco clínico ou necessidade de anestesia geral.
- Procedimentos cirúrgicos de maior complexidade e manejo de infecções odontogênicas graves.
- Suporte para pacientes em internações psiquiátricas prolongadas.
- Articulação com serviços de urgência e emergência.

17.3.4. Reabilitação e Apoio Psicossocial

Promoção da reinserção social e funcionalidade.

- Reabilitação protética, estética e funcional para favorecer autoestima, adesão terapêutica e reinserção social.
- Acompanhamento periódico para monitoramento da saúde bucal e prevenção de recidivas.
- Capacitação contínua de cuidadores formais e informais.
- Apoio a grupos terapêuticos e ações comunitárias de promoção da saúde.

17.3.5. Gestão, Educação Permanente e Intersetorialidade

- Formação continuada das equipes de saúde bucal para manejo clínico e psicossocial de pessoas com TM.
- Protocolos clínicos integrados com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

- Monitoramento de indicadores epidemiológicos (prevalência de cárie, perda dentária, edentulismo, acesso a serviços).
- Articulação com educação, assistência social e direitos humanos para enfrentamento do estigma e das barreiras de acesso.

17.4. Interface entre TM, Saúde Bucal e Equipe Multiprofissional

A organização do cuidado em saúde tem incorporado de forma crescente a interface entre transtornos mentais (TM), saúde bucal e equipe multiprofissional, buscando respostas integradas para a elevada carga desses agravos e seus efeitos na funcionalidade e na vida social das pessoas. No Brasil, a prevalência de depressão autorreferida passou de 7,6% em 2013 para 10,2% em 2019, evidenciando aumento da carga de doença mental e reforçando a necessidade de estratégias integradas de cuidado (BRASIL, 2020).

As repercussões bucais nesse grupo populacional são bem documentadas. Estudos indicam maior prevalência de cárie dentária, doença periodontal, perdas dentárias e edentulismo entre indivíduos com esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão grave (KISELY et al., 2020; CAMPOS et al., 2021). Além disso, o uso prolongado de psicofármacos associa-se a efeitos adversos como xerostomia, sialorreia, discinesias orofaciais e bruxismo, que intensificam o risco de complicações odontológicas (KISELY et al., 2020).

Nesse cenário, a atenção odontológica deve articular-se à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), contemplando ações preventivas, reabilitadoras e educativas, em consonância com o Plano de Ação de Saúde Mental da OMS 2013–2030 e com a Política Nacional de Saúde Bucal (WHO, 2022; BRASIL, 2020). A atuação multiprofissional é indispensável: a odontologia deve se integrar à psiquiatria, psicologia, nutrição, fonoaudiologia e serviço social, assegurando cuidado contínuo e centrado na pessoa. Essa integração possibilita reduzir perdas dentárias evitáveis, detectar precocemente câncer bucal e melhorar a qualidade de vida de pessoas com TM (CAMPOS et al., 2021; WHO, 2022).

17.5. Considerações Finais

A atenção odontológica às pessoas com transtornos mentais exige uma abordagem ampliada, que ultrapassa a dimensão clínica e incorpora a integralidade, a intersetorialidade e a multiprofissionalidade como princípios fundamentais. Indivíduos com transtornos mentais apresentam não apenas maior prevalência de doenças bucais, mas também barreiras adicionais de acesso e adesão ao cuidado, relacionadas a fatores comportamentais, sociais e ao uso contínuo de psicofármacos (KISELY et al., 2020; CAMPOS et al., 2021).

Assim, torna-se imprescindível a inserção sistemática da saúde bucal nas linhas de cuidado em saúde mental, desde a atenção primária até os serviços especializados e hospitalares, garantindo fluxos de referência e contrarreferência, protocolos clínicos adaptados e estratégias de prevenção direcionadas. A articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e o Plano de Ação em Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde 2013–2030 reforça a necessidade de estruturar um modelo de atenção que promova não apenas o tratamento, mas também a reabilitação e a reinserção social das pessoas com transtornos mentais (WHO, 2022; BRASIL, 2020).

Portanto, a interface entre odontologia e saúde mental deve consolidar-se como parte integrante das políticas públicas de saúde, assegurando a redução de iniquidades, a melhoria da qualidade de vida e o fortalecimento do cuidado centrado na pessoa. A consolidação dessa prática demanda investimentos em educação permanente das equipes, vigilância em saúde bucal e monitoramento de indicadores que avaliem o impacto das ações no bem-estar dos usuários.

18. Atenção Odontológica à Pessoa com Síndrome Congênita Associada a Infecção pelo Vírus Zika

A infecção causada pelo Zika Vírus (ZIKV) é uma arbovirose considerada um desafio global para saúde pública devido aos seus impactos clínicos e epidemiológicos (Bandeira *et al.*, 2020). Entre as repercussões causadas pelo ZIKV, destaca-se a microcefalia, condição neurológica definida pela redução no perímetro cefálico resultante do desenvolvimento cerebral atípico (Devakumar *et al.*, 2018; Antoniou *et al.*, 2020). Pode se apresentar de forma congênita ou de forma adquirida, desenvolvida após o período neonatal (World Health Organization-WHO, 2021).

Além da relação causal entre a microcefalia e o ZIKV, os fatores de risco relacionados à ocorrência de microcefalia são alterações genéticas e exposição a agentes teratogênicos como as infecções do grupo TORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes simples) e medicamentos com compostos químicos nocivos. Associado a isso, a desnutrição materna grave e a exposição fetal a substâncias neurotóxicas, como o álcool, também estão associadas a incidência de casos (WHO, 2016; Quintans, Bueno, Cardoso, 2022).

No Brasil, o período entre 2015 e 2016 foi caracterizado por um surto de zika com 215.319 casos registrados. Nesse intervalo, observou-se um aumento de casos associado a infecção pelo ZIKV na gestação, com epicentro inicial em Pernambuco e expansão para outros estados do Nordeste, com 5.640 suspeitas e 583 casos confirmados. Essa associação foi denominada de Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika - SCZ (Ministério da Saúde, 2016). Nesse panorama, outro aspecto observado foi a distribuição desigual da microcefalia com maior incidência e gravidade em populações com menor renda e escolaridade (Cunha *et al.*, 2020).

A microcefalia pode ser identificada no feto durante o pré-natal, a partir do segundo trimestre de gestação, por meio de ultrassonografia morfológica. Já no período pós-natal, o diagnóstico é conduzido por meio da aferição do perímetro cefálico e complementada com exames de imagem como tomografias computadorizadas e ressonâncias magnéticas de crânio (Honorato *et al.*, 2021; Okafor; Kanekar, 2022).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a microcefalia pode ser classificada de acordo com a comparação das medidas do perímetro cefálico occipito-

frontal com a média populacional para bebês do mesmo sexo e idade gestacional, por meio do conceito estatístico de desvio-padrão (DP). Dessa forma, a microcefalia é identificada quando o perímetro cefálico é inferior a dois desvios-padrão da média populacional. Segundo o mesmo critério, a microcefalia grave é caracterizada por um perímetro inferior a mais de três desvios-padrão abaixo da média (Becerra-Solano, Mateos-Sánchez, López-Muñoz, 2021).

Diante disso, quanto menor o perímetro cefálico, maior é a probabilidade de alterações neurológicas e outras complicações associadas (Becerra-Solano *et al.*, 2021). Neste contexto, a microcefalia está relacionada a condições neurológicas e sistêmicas como redução do tecido cerebral, distúrbios corticais e calcificações envolvendo principalmente o lobo frontal e o lobo parietal do cérebro, hipertonicidade, hiper-reflexividade, espasticidade, irritabilidade, disfagia, tremores distais, convulsões, atraso cortical, motor e mental (Del Campo *et al.*, 2017; Freitas *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2023).

Associado a isso, comprometimentos oftalmológicos e auditivos estão entre as manifestações relatadas, o que contribui para maior complexidade do quadro clínico desses indivíduos (Díaz *et al.*, 2023).

Os indivíduos diagnosticados com microcefalia necessitam de um acompanhamento individualizado com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida e fornecer um cuidado integral que contemple suas necessidades. Ao considerar as possíveis complicações dessa condição à saúde bucal, torna-se fundamental o incentivo de práticas de prevenção e promoção de saúde bucal, o que inclui orientações de higiene bucal adaptadas para a condição (Da Silva Sobrinho *et al.*, 2022).

18.1 Características Bucais

Os principais achados cranianos e faciais em crianças com Microcefalia Congênita associada a infecção pelo ZIKV foram perímetro cefálico menor, terço superior diminuído, terço médio aumentado, largura facial aumentada, maxila prognática, mandíbula retrognática e micrognatia (Gusmão *et al.*, 2020; Díaz *et al.*, 2023).

Outras características orofaciais também podem ser observadas em pacientes com Microcefalia Congênita associada a infecção pelo ZIKV, como: alterações na motricidade oral (principalmente nos lábios, bochechas e palato), disfagia orofaríngea, protrusão e hipotonia

da língua, disfunção mastigatória e linguagem oral limitada ou ausente (Costa *et al.*, 2021; Díaz *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2023).

O palato em formato de ogiva também pode ser observado, cuja presença pode ser explicada devido a interferência do ZIKV, durante o desenvolvimento dos processos maxilares (Arruda *et al.*, 2022; Medina *et al.*, 2022). Além disso, no decorrer da vida intrauterina a língua fica posicionada de uma forma atípica, podendo causar uma maior pressão durante o desenvolvimento do palato (Arruda *et al.*, 2022).

A disfunção motora oral pode ser um fator associado à redução da ingestão alimentar, risco de desnutrição, engasgo, broncoaspiração e pneumonia aspirativa, em pacientes com microcefalia que devem ser observados durante o atendimento odontológico (Rodrigues *et al.*, 2023).

As crianças com Microcefalia congênita associada a infecção pelo vírus Zika apresentaram com maior frequência atraso na erupção dentária, alterações na sequência de erupção, agenesias, além de hipoplasia de esmalte, má oclusão e bruxismo (Costa *et al.*, 2021; Da Costa *et al.*, 2022; Medina *et al.*, 2022; Rodrigues *et al.*, 2023; Díaz *et al.*, 2023).

A erupção dos dentes decíduos foi atrasada na maioria das crianças com microcefalia avaliadas (Costa *et al.*, 2021; Da Costa *et al.*, 2022; Vaz *et al.*, 2022; Medina *et al.*, 2022). Quando a idade foi corrigida para prematuridade, a idade média de erupção do primeiro dente decíduo foi de 12,2 meses (DP = 2,8): 12,3 meses (DP = 1,8) em meninos e 11,6 meses (DP = 2,2) em meninas (Medina *et al.*, 2022). Alterações na sequência de erupção (Costa *et al.*, 2021; Da Costa *et al.*, 2022; Medina *et al.*, 2022), agenesias (Da Costa *et al.*, 2022; Medina *et al.*, 2022) e oligodontias (Da Costa *et al.*, 2022) também foram identificadas nas crianças com microcefalia, por meio de exame clínico e radiográficos (Imagem 1 e 2).

A causa do atraso na erupção dos dentes decíduos em pacientes com Microcefalia pelo ZIKV ainda é desconhecida, mas foi sugerido que, quando há danos neuropsicomotores mais graves, essas crianças têm maior probabilidade de apresentar atrasos no surgimento dos dentes, especialmente em relação ao primeiro dente (Medina *et al.*, 2022).

A cárie dentária foi uma característica comum em pacientes com Microcefalia Congênita associada a infecção pelo ZIKV em comparação aos pacientes sem essa condição, porém sem diferença significativa (Díaz *et al.*, 2023). Além disso, foram observados sangramento gengival e cálculo dentário em crianças com Microcefalia associada a infecção

pelo ZIKV (Costa *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2023), esses achados podem estar relacionados ao excesso de açúcar na dieta e/ou dificuldades nas práticas de higiene bucal (Costa *et al.*, 2021; Díaz *et al.*, 2023). Além disso, crianças com microcefalia podem usar continuamente drogas anticonvulsivantes que podem causar hiperplasia gengival, dificultando assim a higiene oral (Moro; Marega; Romagnolo, 2019).

A sobressaliência aumentada e mordida aberta anterior (Imagem 1) foram as alterações de má oclusão mais comuns em crianças com Microcefalia pelo ZIKV (Costa *et al.*, 2021; Díaz *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2023), possivelmente relacionados às condições orofaciais, como a protusão lingual, hipotonia labial e a respiração bucal (Costa *et al.*, 2021; Díaz *et al.*, 2023). É importante ressaltar que crianças com microcefalia possuem maior propensão a desenvolver problemas de má oclusão na dentição permanente, devido ao comprometimento neurológico causado por essa condição, semelhante ao observado em crianças com paralisia cerebral (Costa *et al.*, 2021).

E por fim, crianças com Microcefalia congênita pelo ZIKV apresentaram uma alta prevalência de bruxismo (Costa *et al.*, 2021; Medina *et al.*, 2022; Vaz *et al.*, 2022; Díaz *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023). O bruxismo tem etiologia multifatorial. Há evidências de que é um distúrbio de mediação central e que os papéis das características oclusais e de fatores morfológicos sejam pequenos (Medina *et al.*, 2022). Sendo válido ressaltar que o bruxismo de longa duração pode desencadear diversas consequências clínicas nos pacientes, como desgaste das superfícies dentárias, fadiga muscular e distúrbios da articulação temporomandibular (Díaz *et al.*, 2023). As principais características bucais das pessoas com Microcefalia Congênita associada a infecção pelo ZIKV estão no Quadro 1.



Imagem 1: Paciente com 30 meses com ausência de incisivos inferiores e mordida aberta anterior.

Fonte: Medina *et al.*, 2022.



Imagem 2: Paciente com 30 meses com ausência do dente 82 e incisivos com alteração de forma na coroa.

Fonte: Medina *et al.*, 2022.

Quadro 1 - Principais características bucais das pessoas com Microcefalia Congênita associada a infecção pelo ZIKV.

Maxila prognática e retrognatia	Agenesias
Palato ogival	Hipoplasia de esmalte
Posicionamento atípico da língua	Mordida aberta anterior
Atraso na erupção dentária	Sobressaliência aumentada
Alterações na sequência de erupção	Bruxismo

Fonte: Costa *et al.* (2021); Medina *et al.* (2022); Vaz *et al.* (2022); Díaz *et al.* (2023); Rodrigues *et al.* (2023).

18.2 CUIDADOS ESPECÍFICOS

O atendimento odontológico de pacientes com microcefalia por Síndrome Congênita associada à infecção pelo ZIKV deve levar em consideração as particularidades sistêmicas e bucais destes indivíduos, bem como os aspectos físicos e comportamentais (Medina *et al.*, 2022) para uma atenção individualizada.

O planejamento deve iniciar com uma anamnese detalhada que identifique as limitações, a saúde geral do paciente e seu histórico médico. É imprescindível a descrição de complicações secundárias associadas à condição, como epilepsia, convulsões, deficiência intelectual, complicações respiratórias, alterações sensoriais e distúrbios comportamentais,

identificando tratamentos de saúde em andamento e possíveis medicamentos sendo utilizados. Atenção especial deve ser dada a medicamentos com formulações infantis contendo sacarose, anticonvulsivantes que podem causar hiperplasia gengival e drogas associadas à hipersalivação. Além disso, para o planejamento das técnicas de manejo comportamental é relevante registrar as características de humor, habilidade de comunicação e as preferências musicais e de distração do paciente.

Os hábitos alimentares e de higiene bucal devem ser levantados, com orientações sobre a dieta e o uso de creme dental fluoretado. As recomendações sobre escova de dentes e dispositivos de abertura bucal, quando necessários, devem ser adaptadas à faixa etária. A confecção de abridores de bocal caseiros deve ser incentivada, principalmente para aqueles pacientes que apresentam movimentos involuntários que dificultem a escovação dos dentes posteriores.

Uma opção simples e econômica é o dispositivo do tipo “boneca”, confeccionado com espátulas de madeira (abaixadores de língua), gaze e fita crepe (Imagem 3). Deve-se agrupar aproximadamente 6 espátulas empilhadas - essa quantidade pode variar a depender da abertura de boca do paciente - prendê-las com fita crepe e revestir uma das extremidades com uma gaze, também fixada com fita crepe. Importante conferir se está tudo firmemente preso para não haver escape acidental durante o atendimento.

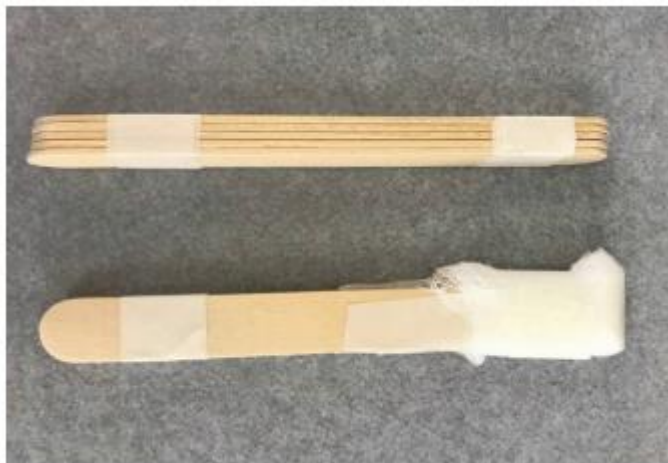


Imagem 3: Abridor de boca do tipo “boneca” confeccionado com espátulas de madeira (abaixadores de língua), gaze e fita crepe.

Fonte: Arquivo de Vivian de Agostino Biella Passos (Ministério da Saúde, 2019).

Durante o exame clínico, o posicionamento na cadeira odontológica deve ser cuidadoso, mantendo a inclinação do encosto verticalizada, prevenindo assim riscos de broncoaspiração, principalmente em pacientes com disfagia. Se necessária, deve ser realizada a estabilização protetora com o auxílio do acompanhante, sentando-se junto na cadeira com o paciente no colo, a depender da idade do paciente (Imagem 4). Também podem ser utilizados dispositivos de estabilização, a exemplo de rolinhos de almofada, faixas de tecido e colar cervical, apoio de pescoço ou calça de posicionamento, sempre mediante o consentimento escrito dos responsáveis. Se o paciente fizer uso de cadeira de rodas, também é possível atendê-lo em sua própria cadeira, quando houver possibilidade de conforto do paciente e ergonomia do profissional. Dessa forma, aproveita-se o apoio de cabeça da própria cadeira de rodas, quando presente. O tempo de cadeira deve ser curto e as consultas objetivas e diretas, na medida do possível, evitando fadiga e irritabilidade do paciente (Cardoso; Brito, 2020).



Imagem 4: Atendimento odontológico de criança com microcefalia por SCZ sob estabilização protetora e uso de dispositivo de abertura bucal do tipo “boneca”.

Fonte: Cardoso; Brito, 2020.

Técnicas de manejo comportamental utilizadas pela odontopediatria podem ser adotadas, adaptadas à forma de comunicação do paciente, como a “dizer-mostrar-fazer”, explicando e antecipando cada etapa do tratamento, dando previsibilidade e melhorando a aceitação do paciente. A técnica da distração também pode ser utilizada com recursos

audiovisuais, até mesmo pelo smartphone, com música e vídeos de interesse do paciente. Estímulos visuais, sonoros e táteis devem ser introduzidos gradativamente, no formato de dessensibilização, com o intuito de minimizar reflexos involuntários. A prática do reforço positivo, na forma de elogios e palavras de encorajamento, pode ser realizada em todo o decorrer do atendimento.

A criação de vínculo profissional e afetivo entre o cirurgião-dentista e as famílias é fundamental para a promoção de saúde e efetividade do atendimento clínico, com escuta, acolhimento e respeito às condições de vida individuais. Isso pode demandar tempo e consultas de condicionamento e educação em saúde, antes das intervenções propriamente ditas, quando não houver urgência no atendimento. Orientações de higiene bucal e escovação supervisionada devem ser sempre reforçadas.

Devido às alterações na cronologia de irrompimento dos dentes e possíveis agenesias ou alterações de forma, o acompanhamento regular clínico e radiográfico deve ser planejado. Em casos específicos, pode ser necessária a ulotomia para facilitar o irrompimento de microdentes, quando já houver 2/3 ou mais de raiz formada (Medina *et al.*, 2021). Para pacientes que apresentam bruxismo, o tratamento deve ser direcionado para o fator causal, como o refluxo gastroesofágico, respiração bucal e ansiedade (Cota *et al.*, 2020). A etiologia deve ser identificada e controlada (Gallo *et al.*, 2024) e uma abordagem multidisciplinar pode ser necessária, como terapia farmacológica, tratamento restaurador e ortodontia, por exemplo.

Em casos de necessidade de tratamentos mais extensos e complexos, ou quando não houver colaboração e pouca aceitação das técnicas de manejo comportamentais, deve-se lançar mão do atendimento sob sedação inalatória com óxido nitroso, quando possível em ambulatório, ou sob sedação profunda ou anestesia geral em ambiente hospitalar.

É pertinente ressaltar também que o acompanhamento regular desses pacientes deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais dentre outros - e que o cirurgião dentista deve estar integrado à essa equipe - devido à complexidade das alterações que o sistema estomatognático pode ocasionar (Cavalcanti *et al.*, 2020). O atendimento deve ser regular, preventivo e ter início precoce, ainda no primeiro ano de vida, antes de qualquer manifestação de doença bucal.

19. Técnicas de Manejo da Pessoa com Deficiência na Odontologia

O cuidado odontológico à pessoa com deficiência (PcD) exige preparo técnico, sensibilidade e estratégias específicas de manejo. Embora os procedimentos clínicos sejam semelhantes aos realizados em pacientes em geral, a abordagem deve ser diferenciada, contemplando:

- limitações motoras, cognitivas ou comportamentais;
- uso contínuo de medicações que afetam a saúde bucal;
- maior prevalência de cárie, doença periodontal e maloclusões;
- barreiras sociais e emocionais que dificultam o acesso ao atendimento.

Diante desses fatores, o profissional deve utilizar técnicas não farmacológicas, como a dessensibilização e a estabilização protetora, que auxiliam na promoção de um atendimento seguro, ético e humanizado.

Objetivos da Abordagem Comportamental à Pessoa com Deficiência

- Garantir segurança do paciente e da equipe.
- Diminuir medo, ansiedade e estresse durante o atendimento.
- Promover cooperação e aceitação gradual do tratamento.
- Melhorar qualidade de vida e inclusão em saúde bucal.

19.1. Principais desafios no atendimento à Pessoa com Deficiência

19.1.1 Motores

- Limitações de coordenação motora fina e grossa.
- Dificuldade em manter postura adequada na cadeira odontológica.
- Necessidade de dispositivos de posicionamento (calça da vovó, rolinhos, assentos adaptados).

19.1.2. Cognitivos

- Dificuldade de compreensão de orientações verbais.
- Atraso no desenvolvimento intelectual.
- Necessidade de comunicação adaptada (linguagem simples, pictogramas, histórias sociais, quadros de rotina).

19.1.3. Comportamentais

- Ansiedade, medo e fobias odontológicas.
- Resistência ao toque ou aos estímulos sensoriais.
- Impulsividade ou movimentos bruscos, exigindo técnicas de dessensibilização ou estabilização protetora.

19.1.4. Medicamentoso

- Uso frequente de fármacos que impactam na saúde bucal:
- Anticonvulsivantes, Bloqueadores de cálcio, Antidepressivos, Antipsicóticos, Xaropes açucarados.

19.1.5. Sociais

- Barreiras financeiras e de acesso a serviços especializados.
- Escassez de profissionais capacitados para atender Pessoas com Deficiência.
- Sobrecarga familiar que pode retardar ou dificultar cuidados odontológicos.
- Impacto emocional da família diante a condição do paciente.

TABELA 1 – Principais Desafios no Atendimento à Pessoa com deficiência

DIMENSÃO	DESAFIOS COMUNS	ESTRATÉGIAS DE MANEJO
Motora	Limitações motoras, dificuldade em manter postura adequada, movimentos involuntários.	Uso de dispositivos de posicionamento (rolinhos, calça da vovó, assentos adaptados).

Cognitiva	Atraso intelectual, dificuldade de compreensão e comunicação.	Linguagem simples, pictogramas, histórias sociais, quadros de rotina, comunicação alternativa.
Comportamental	Ansiedade, medo, fobias, impulsividade, resistência ao toque.	Dessensibilização gradual, reforço positivo, técnicas de controle comportamental.
Medicamentosa	Fármacos que afetam a saúde bucal (anticonvulsivantes, bloqueadores de cálcio, antidepressivos, xaropes açucarados).	Monitoramento de efeitos colaterais, prevenção com higiene intensiva, acompanhamento profissional.
Social	Barreiras financeiras e de acesso, escassez de profissionais capacitados, sobrecarga familiar.	Encaminhamento a serviços de referência, apoio multiprofissional, educação em saúde para família.

Fonte: Marega T. Urbini F. Gonçalves R.

19.2. Dessensibilização

19.2.1. Conceito

A dessensibilização é uma técnica psicocomportamental que visa reduzir ansiedade, medo ou fobia relacionados ao atendimento odontológico, por meio da exposição gradual e positiva ao ambiente, aos instrumentos e aos procedimentos clínicos.

Baseia-se nos princípios da terapia cognitivo-comportamental e do condicionamento operante.

19.2.2. Objetivos

- Diminuir medo e ansiedade.
- Familiarizar o paciente com o consultório odontológico.
- Construir confiança entre paciente e equipe.

- Favorecer comportamentos cooperativos.

Indicações

- Crianças com medo de dentista.
- Pacientes neurodivergentes.
- Pessoas com deficiências intelectuais ou cognitivas.
- Adultos com fobia odontológica.

19.2.3. Etapas da Dessensibilização

1. Acolhimento e ambientação gradual
 - Permitir que o paciente explore o ambiente de forma tranquila.
2. Exposição progressiva
 - Sons, cheiros, instrumentos e procedimentos apresentados passo a passo.
3. Reforço positivo
 - Elogios, recompensas ou estímulos sociais.
4. Adaptação individualizada
 - Ajuste do ritmo conforme resposta do paciente.



19.2.4. Adaptação do Comportamento: Recursos Básicos

1. Diga–Mostre–Faça (*Tell–Show–Do*)

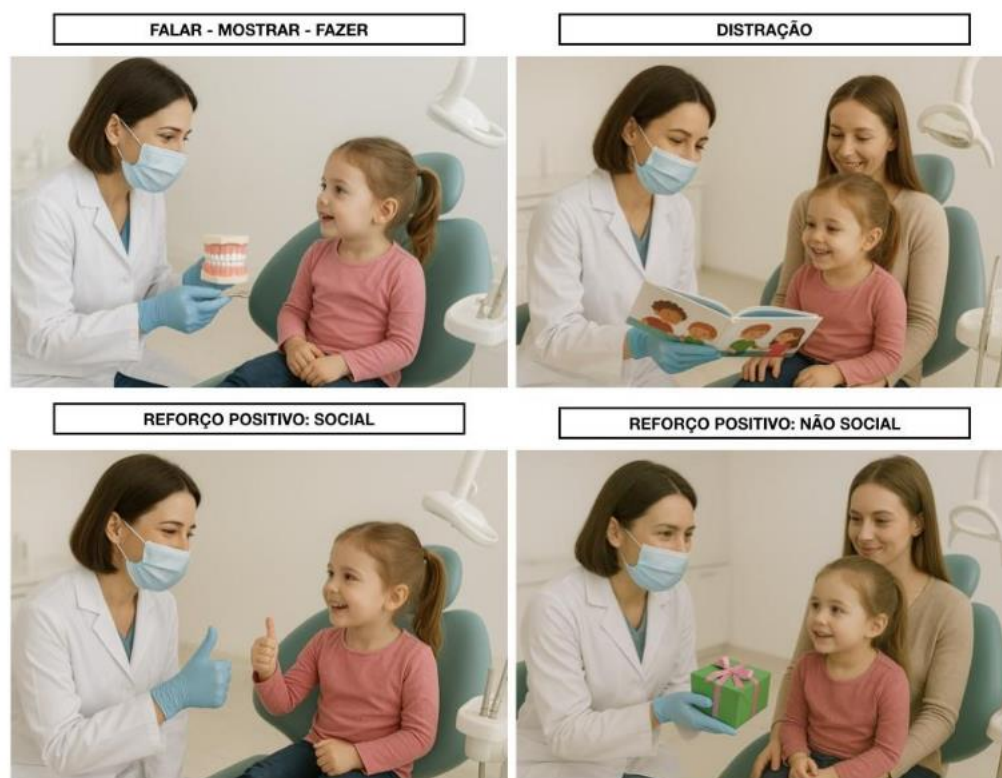
- Diga → Explicar verbalmente o procedimento em linguagem simples.
- Mostre → Demonstrar com instrumentos ou recursos lúdicos.
- Faça → Executar o procedimento, reforçando a confiança.

2. Distração

- Reduz a percepção de estímulos desagradáveis.
- Pode incluir: fantoches, músicas, óculos coloridos, histórias em quadrinhos ou tablets.

3. Reforço Positivo

- Premiar comportamentos adequados com:
 - Sociais → elogios, contato físico respeitoso, sorriso.
 - Não sociais → lembrancinhas, brinquedos, adesivos.



Marega T. Urbini F. Gonçalves R.

4. Controle de Voz

- Alterar intencionalmente volume, tom e ritmo da voz para direcionar o comportamento.
- Deve ser explicado previamente aos pais para evitar interpretações negativas.

5. Comunicação Não Verbal

- Uso de expressões faciais, gestos e postura corporal como apoio à comunicação.
- Ajuda a transmitir segurança e confiança.
- Uso de expressões faciais, gestos, postura corporal e troca de imagens como apoio à comunicação, especialmente para suprir dificuldades na comunicação oral e favorecer a transmissão de segurança e confiança

6. Presença/Ausência dos Pais

- Avaliar de acordo com idade, grau de ansiedade e comportamento do indivíduo.
- Em alguns casos, a presença tranquiliza; em outros, pode dificultar o atendimento.
- Negociar com o paciente a presença dos pais, considerando suas preferências, grau de ansiedade e comportamento, promovendo uma abordagem colaborativa que respeite sua autonomia e favoreça o manejo do atendimento.



Marega T. Urbini F. Gonçalves R.

19.2.5. Posicionamento do Paciente

Recursos Básicos

1. Calça de Posicionamento (“Calça da Vovó”)
 - Proporciona alinhamento cervical e estabilidade do tronco.
 - Facilita o alcance visual e melhora os movimentos dos membros superiores.
2. Rolos de Posicionamento (“rolinhos”)

- Oferecem conforto adicional e correção postural durante o atendimento.

19.2.6. Estabilização Protetora

19.2.6.1. Conceito

A estabilização protetora é o uso de técnicas físicas, dispositivos ou contenções que limitam movimentos involuntários ou bruscos durante o atendimento odontológico.

Tem como finalidade garantir a segurança do paciente e da equipe, devendo ser aplicada de forma ética, proporcional e sempre com consentimento informado.

19.2.6.2. Indicações

- Pacientes não cooperativos com risco de movimentos bruscos.
- Indivíduos com deficiência intelectual grave.
- Crianças em idade pré-verbal em situações emergenciais.
- Procedimentos curtos e urgentes quando não há tempo para condicionamento.

19.2.6.3. Contraindicações

- Pacientes com comportamento agressivo incontrolável.
- Uso prolongado e repetido sem justificativa clínica.
- Ausência de consentimento formal dos responsáveis.

19.2.6.4. Tipos de Estabilização

1. Manual

- Realizada por responsáveis ou equipe treinada.
- Estabilização de mãos, joelhos, pés e apoio de cabeça.

2. Equipamentos com dispositivos

- Faixas de estabilização, Pedi-Wrap, Pacotes Pediátricos, Assentos Odontopediátricos, Calça da Vovó e Rolinhos.

3. Combinada

- Integra técnicas físicas e comportamentais.

19.2.6.5. Estabilização Protetora Ativa

- Realizada pelos responsáveis ou equipe.
- Inclui contenção manual de mãos, joelhos e apoio de cabeça.

19.2.6.6. Principais Posições

1. Joelho-jelho → Paciente deitado sobre os joelhos do responsável e do dentista.
2. Colo → Paciente posicionado sobre o tórax do responsável na cadeira.
3. Sela → Paciente sentado entre as pernas do responsável que segura braços e pernas.
4. Corpo a corpo → Paciente em decúbito ventral sobre o responsável, com contenção dos membros.

19.2.6.7. Estabilização Protetora Passiva

- Uso de dispositivos auxiliares para contenção segura.

Principais Recursos

- Assento Odontopediátrico (adaptador da cadeira).
- Pacote Pediátrico (envolver a criança em campo/lençol).
- Pedi-Wrap (tecido perfurado com tiras de velcro, ventilado).
- Faixas (para tórax, membros superiores e inferiores).
- Abridores de boca (borracha, acrílico, metal, descartáveis).

**PACOTE ODONTOPEDIÁTRICO****ASSENTO ODONTOPEDIÁTRICO**

Marega T. Urbini F. Gonçalves R.

**FAIXAS DE ESTABILIZAÇÃO****PEDI-WRAP**

Marega T. Urbini F. Gonçalves R.



Marega T. Urbini F. Gonçalves R.



Marega T. Urbini F. Gonçalves R.

QUADRO 1 – Principais Desafios no Atendimento a pessoa com deficiência (PcD)

ETAPAS	DESCRIÇÃO
Avaliação Prévia	Identificar necessidades específicas e fatores de risco. Confirmar indicação clínica da estabilização protetora.

Consentimento Informado	Solicitar autorização por escrito dos responsáveis. Documentar a justificativa e informações fornecidas.
Treinamento da Equipe	Capacitar profissionais e auxiliares em técnicas de estabilização seguras. Realizar simulação e treinamentos periódicos.
Escolha do Método	Selecionar técnicas e dispositivos adequados ao perfil do paciente e procedimento. Preferir métodos menos restritivos quando possível.
Aplicação cuidadosa	Monitorar resposta fisiológica e emocional do paciente. Manter a comunicação clara e tranquilizadora.
Duração	Utilizar estabilização pelo mínimo tempo necessário. Avaliar possibilidade de flexibilização ou retirada.
Registro e Avaliação	Anotar detalhes do procedimento no prontuário. Avaliar eficácia e impacto para aprimorar práticas.

Fonte: Marega T. Urbini F. Gonçalves R.

TABELA 2 – Dessensibilização x Estabilização Protetora

ASPECTO	DESSENSIBILIZAÇÃO	ESTABILIZAÇÃO PROTETORA
Finalidade	Reduzir medo e ansiedade	Garantir integridade física paciente/profissional
Base Teórica	Psicologia Comportamental	Conduta Clínica e Protetiva.
Indicação	Ansiedade, Medo, Fobia, Pacientes Neurodivergentes e/ou que precisam ser dessensibilizados	Agitação, Movimentos involuntários, Falha na Dessensibilização, Urgências
Consentimento	TCLE	TCLE
Tempo de uso	Longitudinal	Imediato e Pontual

Fonte: Marega T. Urbini F. Gonçalves R.

19.3. Aspectos Éticos e legais

Consentimento Informado

- O uso da estabilização protetora requer autorização expressa dos responsáveis.
- É fundamental explicar de forma clara:
 - Motivo do uso
 - Benefícios e riscos
 - Alternativas disponíveis
 - Tempo de aplicação

Princípios Éticos

- Não maleficência → evitar danos físicos ou psicológicos.
- Autonomia → respeitar o direito do paciente/família.
- Proporcionalidade → usar apenas quando indispensável.

Regulamentação e Boas Práticas

- Deve ser último recurso, após esgotar técnicas comportamentais e farmacológicas.
- Registrar em prontuário: motivo, duração e resposta do paciente.
- Uso frequente e injustificado pode configurar violação ética.

Aceitação da Família

- Famílias podem apresentar sentimentos variados: culpa, medo, luto, superproteção, ansiedade ou aceitação.
- O dentista deve compreender essas reações para facilitar o vínculo e o sucesso do tratamento.

Relação Cirurgião-Dentista e Família

- A anamnese detalhada é essencial: histórico médico, medicamentos, hospitalizações, condições sistêmicas.
- O profissional deve orientar a família para expectativas realistas, garantindo parceria no cuidado.

Paciente Especial no Consultório Odontológico

Avaliação Inicial

- Observar histórico médico e odontológico.
- Avaliar potencial de cooperação, maturidade e temperamento.
- Considerar experiências prévias e expectativas da família.

Barreiras Comuns

- Medos transmitidos pelos responsáveis.
- Experiências médicas ou odontológicas negativas anteriores.
- Falta de preparo para o primeiro atendimento.
- Doenças crônicas ou limitações físicas/cognitivas.

Condutas Possíveis

- Ajustar ritmo do atendimento.
- Reforçar aspectos positivos.
- Adiar parte do tratamento, quando necessário, até que haja maior colaboração.
- Considerar recursos alternativos, como Técnicas Restauradoras Atraumáticas (ART), aplicação de flúor ou antibióticos em casos emergenciais.

19.4. Integração com Outras Abordagens

A dessensibilização e a estabilização protetora podem (e devem) ser integradas a outras estratégias de cuidado, sempre com foco no atendimento seguro, ético e humanizado.

Principais formas de integração:

1. Sedação Consciente
 - Indicada em situações de urgência ou risco iminente.
 - Pode ser associada à contenção física, desde que com monitoramento rigoroso.
2. Terapias Comportamentais
 - Colaboração com psicólogos ou terapeutas ocupacionais.
 - Auxilia no desenvolvimento de planos estruturados de dessensibilização gradual.
3. Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA)
 - Uso de pictogramas, cartões visuais (PECS), histórias sociais ou vídeos educativos.
 - Favorece a compreensão do procedimento e diminui a ansiedade.

19.5. Considerações Finais

- A prática odontológica inclusiva exige sensibilidade, preparo técnico e conhecimento das estratégias de manejo.
- A dessensibilização promove cooperação e autonomia a longo prazo, sendo preferida sempre que possível.
- A estabilização protetora, embora controversa, pode ser necessária em contextos específicos, desde que aplicada com:
 - Ética (respeito à dignidade do paciente).
 - Consentimento informado (formal e documentado).
 - Proporcionalidade (uso mínimo e apenas quando indispensável).
- A integração entre equipe multiprofissional, familiares e cirurgiões-dentistas é essencial para que o atendimento seja seguro, eficaz e humanizado.

20. Tecnologia Laser na Prática Odontológica Voltada à Pessoas Com Deficiência

A Fotomedicina é o campo da medicina que emprega a luz no tratamento de doenças e compreende três modalidades principais: a fototerapia, que utiliza apenas a luz; a fotoquimioterapia, que associa radiação ultravioleta a compostos químicos ativáveis; e a terapia fotodinâmica (TFD) e sua vertente antimicrobiana (TFDA), que combinam fotossensibilizadores a fontes de luz no espectro visível (Itri; Fernandes; Baptista, 2019), sendo essas abordagens progressivamente incorporadas à prática odontológica não apenas como recursos terapêuticos, mas também como estratégias facilitadoras do cuidado clínico, especialmente no atendimento a pessoas com deficiência.

Pessoas com deficiência frequentemente enfrentam barreiras sensoriais, comportamentais, cognitivas ou motoras durante o atendimento odontológico, o que pode dificultar a aplicação de técnicas convencionais e comprometer a cooperação clínica, nesse contexto o uso do laser destaca-se por reduzir estímulos como ruído, vibração e contato mecânico intenso, além de possibilitar abordagens menos invasivas, características que contribuem para maior conforto, previsibilidade do atendimento e melhor aceitação dos procedimentos, qualificando o cuidado odontológico prestado a essa população de forma mais segura e humanizada (Merigo et al., 2015; Abouzeid et al., 2024; Nascimento et al., 2024).

A fototerapia com radiação ultravioleta apresenta uso consolidado em diferentes condições dermatológicas e sistêmicas, atuando no controle da evolução de doenças cutâneas por meio de comprimentos de onda específicos, como UVA e UVB (Cestari; Pessato; Corrêa, 2007), enquanto, no contexto odontológico, a fotobiomodulação (FBM), realizada com lasers de baixa intensidade e diodos emissores de luz (LEDs), utiliza radiação vermelha e infravermelha não ionizante em regime não térmico para desencadear eventos fotoquímicos e fotofísicos em nível celular, modulando o estresse oxidativo, aumentando a produção de adenosina trifosfato (ATP) e ativando vias de sinalização celular, o que resulta em analgesia, redução da inflamação, aceleração da cicatrização e suporte à regeneração tecidual (Glass, 2021; Soares et al., 2025).

A terapia fotodinâmica antimicrobiana (TFDA) representa outro avanço relevante no campo da Fotomedicina, inicialmente consolidada no tratamento de tumores, mas atualmente aplicada no controle de microrganismos como bactérias, fungos e vírus, sendo

sua eficácia dependente da interação entre três componentes fundamentais, o fotossensibilizador, a fonte de luz e o oxigênio molecular, cuja combinação gera espécies reativas capazes de promover a destruição de células-alvo (Pratavieira et al., 2015; Nascimento et al., 2018), com estudos pioneiros de Kelly e Snell (1976) e Dougherty (1978) estabelecendo as bases clínicas da TFDA moderna, hoje amplamente aplicada em diferentes contextos médicos e odontológicos.

Diante do acúmulo de evidências científicas, observa-se que a Fotomedicina oferece alternativas terapêuticas minimamente invasivas, com potencial para analgesia, modulação da inflamação e otimização do tempo clínico, além de ampliar o conforto durante o atendimento, aspectos que tornam as tecnologias baseadas no uso da luz particularmente relevantes na odontologia voltada às pessoas com deficiência, uma vez que permitem a adaptação de protocolos clínicos às suas especificidades e contribuem para a construção de um cuidado mais acessível, inclusivo e alinhado aos princípios da equidade em saúde.

20.1. Princípios básicos da tecnologia laser

O termo laser provém do acrônimo Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation (Amplificação da Luz por Emissão Estimulada de Radiação). Trata-se de uma forma de energia luminosa, visível ou não, classificada em dois grupos principais: lasers de alta potência e lasers de baixa potência (Eduardo et al., 2013; Vale et al., 2015; Ferreira, 2016).

A radiação laser é composta por fótons organizados em feixes coerentes de radiação eletromagnética. O comprimento de onda define sua capacidade de penetração nos tecidos (Vale et al., 2015; Ferreira, 2016). Nos lasers de baixa potência, a energia absorvida não gera calor suficiente para efeitos térmicos, mas desencadeia respostas fotoquímicas, fotofísicas e fotobiológicas (Convissar, 2011; Ferreira, 2016; Soares et al., 2025).

Essa interação induz aumento da produção de ATP mitocondrial, estimulação de linfócitos e mastócitos e proliferação celular, resultando em analgesia, modulação da inflamação e aceleração do reparo tecidual, sem provocar lesão celular (Brito, 2021; Soares et al., 2025). Os efeitos podem ser classificados em primários, ocorrendo localmente durante a aplicação (como analgesia e aumento da microcirculação), e secundários,

observados após a irradiação e associados à modulação tecidual. Esse conjunto de respostas caracteriza a FBM.

A resposta clínica ao uso do laser varia de acordo com as especificações do equipamento, como comprimento de onda, potência, tempo de exposição e energia, e com as características do tecido irradiado, incluindo cromóforos, profundidade, composição e presença de gordura (Aquino, 2021). De modo geral, os aparelhos de baixa potência operam em dois comprimentos de onda principais: o vermelho, indicado para lesões superficiais, e o infravermelho, recomendado para tecidos mais profundos (Aquino, 2021; Brito, 2021). O vermelho (620–690 nm) apresenta ação reparadora em camadas superficiais, enquanto o infravermelho (720–980 nm) penetra mais profundamente, favorecendo a modulação da inflamação, dor e edema (Moreira, 2020) (Figura 1).

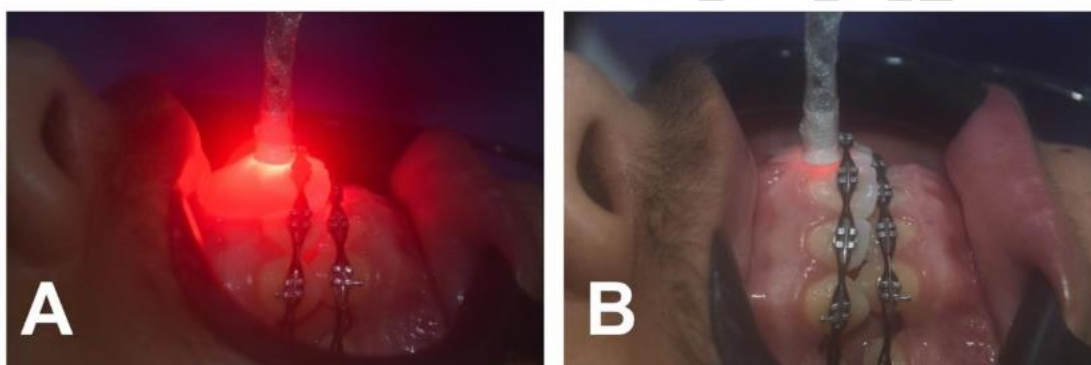


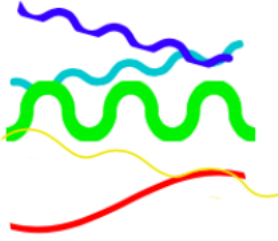
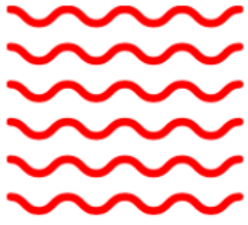
Figura 1. Irradiação com laser de baixa potência: A, emissão no comprimento de onda vermelho; B, emissão no comprimento de onda infravermelho

Fonte: Arcevo pessoal.

Portanto, o uso seguro e eficaz do laser exige conhecimento técnico do dispositivo, anamnese detalhada e exame clínico cuidadoso, com protocolos ajustados às necessidades individuais de cada paciente. Essa atenção torna-se ainda mais crítica quando se trata de pessoas com deficiência, dada a diversidade de condições clínicas que podem demandar ajustes específicos (Mendes et al., 2021; Soares et al., 2025).

O Quadro 1 apresenta as propriedades ópticas fundamentais da luz laser (monocromaticidade, colimação e coerência), enquanto o Quadro 2 resume as formas de interação da luz com os tecidos biológicos: reflexão, absorção, transmissão e espalhamento.

Quadro 1. Propriedades Da Luz Laser

Coerência	Consiste na propagação de fótons com o mesmo comprimento de onda, que avançam na mesma direção e vibram em fase, na mesma frequência.
 Luz Branca Fonte: Moreira, 2020.	 Luz Laser
Direcionalidade ou Colimação:	os fótons se propagam praticamente em uma única direção, apresentando mínima divergência.
 Divergente Fonte: Moreira, 2020.	 Paralelismo e Unidirecionalidade
Monocromaticidade:	é a característica responsável por a luz laser apresentar apenas uma cor. Isso ocorre porque ela é formada por fótons com o mesmo comprimento de onda, ou seja, de uma única cor.
 Fonte: os próprios autores.	

Fonte: Moreira, 2020.

Quadro 2. Interação da luz com os tecidos biológicos.

Interação	Efeito
Reflexão	a luz incide sobre a superfície e retorna ao meio de origem, sem penetrar no tecido.
Transmissão	a luz atravessa o tecido, com ou sem atenuação, sem produzir interação relevante local.
Espalhamento	a luz tem sua direção desviada múltiplas vezes dentro do tecido, distribuindo-se para regiões adjacentes.
Absorção	a energia luminosa é captada por cromóforos teciduais, ocorrendo a interação efetiva que pode gerar efeitos biológicos.
Refração	ao passar entre meios de índices de refração diferentes, a luz muda de direção e reduz sua velocidade de propagação.

Fonte: Silva; Almeida-Lopes; Ribeiro, 2012; Silva; Lago, 2022.

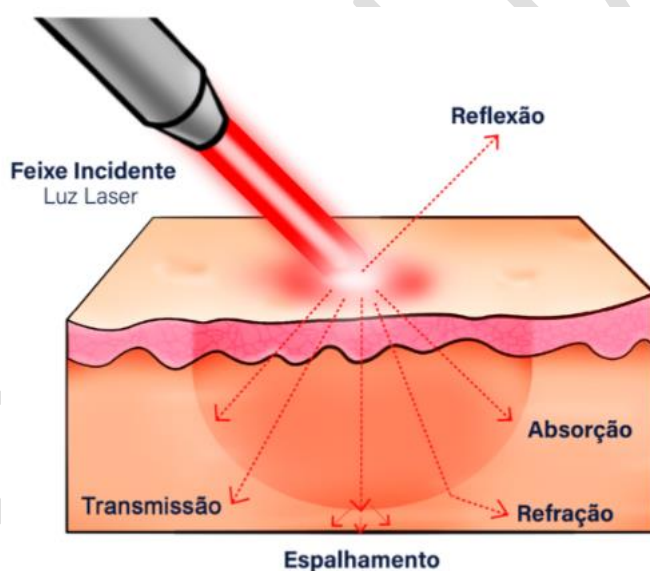


Figura 2. Interação da luz com o tecido.

Fonte: Silva; Lago, 2022

É importante destacar que a interação mais desejável da luz com os tecidos biológicos é a absorção, pois é ela que possibilita os efeitos fotobiológicos terapêuticos. Essa absorção depende de fatores do paciente (como idade, estado de saúde, fototipo cutâneo e características do tecido-alvo), bem como de variáveis do equipamento e da técnica empregada pelo operador (Silva; Almeida-Lopes; Ribeiro, 2012; Silva; Lago, 2022).

O operador deve adotar uma série de cuidados para garantir a segurança e a eficácia da aplicação do laser. É fundamental selecionar a forma de aplicação mais adequada, que pode ser por varredura, pontual, em contato ou à distância, assim como escolher corretamente o comprimento de onda a ser utilizado (Silva; Almeida-Lopes; Ribeiro, 2012) (Figura 3).

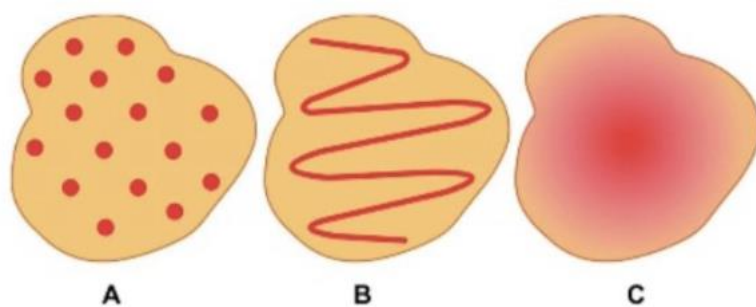


Figura 3. Esquema ilustrativo mostrando os métodos de irradiação. A: aplicação pontual; B: irradiação por varredura; C: iluminação uniforme do tecido.

Fonte: Silva; Almeida-Lopes; Ribeiro, 2012.

Além disso, é necessário ter bom senso para ajustar os parâmetros sempre que for preciso e conhecer em detalhe tanto a lesão a ser tratada quanto as possibilidades terapêuticas disponíveis. O preparo adequado do tecido a ser irradiado, por meio da limpeza e secagem da pele ou mucosa, também é indispensável. Por fim, o uso de óculos de proteção é obrigatório para evitar riscos durante o procedimento (Silva; Almeida-Lopes; Ribeiro, 2012; Moreira, 2020; Silva; Lago, 2022).

20.2. Terapia Fotodinâmica Antimicrobiana (TFDA)

A Terapia Fotodinâmica Antimicrobiana (TFDA) tem se consolidado como uma alternativa promissora no enfrentamento da resistência microbiana. Seu mecanismo baseia-

se no uso de diferentes fotossensibilizadores (FS) em associação a fontes de luz visível com comprimento de onda específico. Esse processo gera espécies reativas de oxigênio (EROs), como o oxigênio singlete, na presença de oxigênio molecular, resultando em danos oxidativos que levam à morte celular (Hamblin, 2016) (Figura 4).

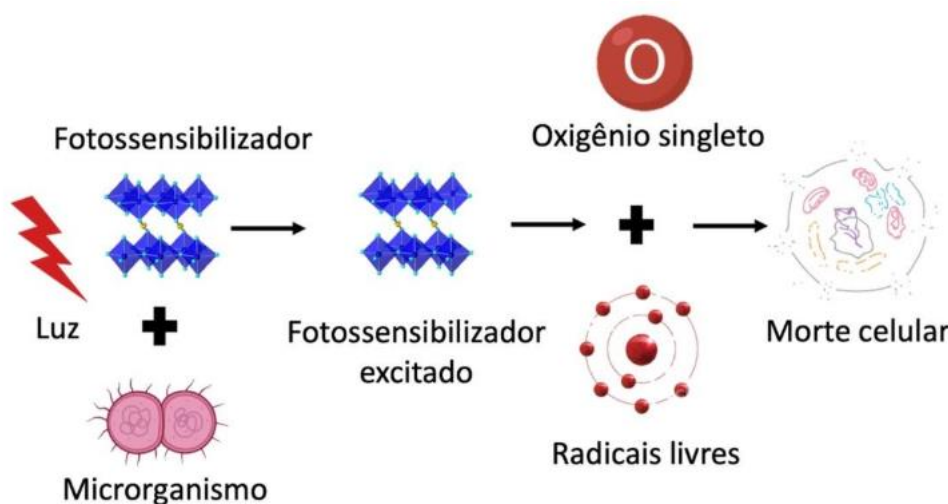


Figura 4. Representação esquemática do mecanismo de ação da TFDA.

Fonte: Desenvolvido pelos próprios autores.

A ação antimicrobiana ocorre porque, ao serem excitados pela luz, os FS passam a um estado eletrônico singlete de curta duração, produzindo EROs capazes de oxidar biomoléculas essenciais e destruir células microbianas. Dessa forma, a TFDA apresenta eficácia contra uma ampla variedade de patógenos, incluindo bactérias, fungos e vírus, demonstrando potencial abrangente no controle de infecções (Vieira et al., 2019). Entre suas vantagens, destaca-se ainda a especificidade tecidual, que contribui para maior segurança e seletividade no tratamento.

20.3. Aplicações Clínicas

A TFDA tem se mostrado uma alternativa promissora para o manejo da doença periodontal em pessoas com trissomia do 21, condição em que a resposta imune deficiente contribui para maior suscetibilidade à infecção periodontal. Em ensaio clínico randomizado, utilizou-se azul de metileno a 0,01% associado a laser de diodo semiconductor (660 nm,

modo contínuo), com dose total de 120 J/cm^2 , dividida em quatro pontos por dente. O protocolo foi aplicado como adjuvante à raspagem e alisamento radicular, em sessão única por quadrante. Após 30 dias, observou-se redução da profundidade de sondagem periodontal e melhora clínica dos tecidos periodontais (Figura 5) (Martins et al., 2016).

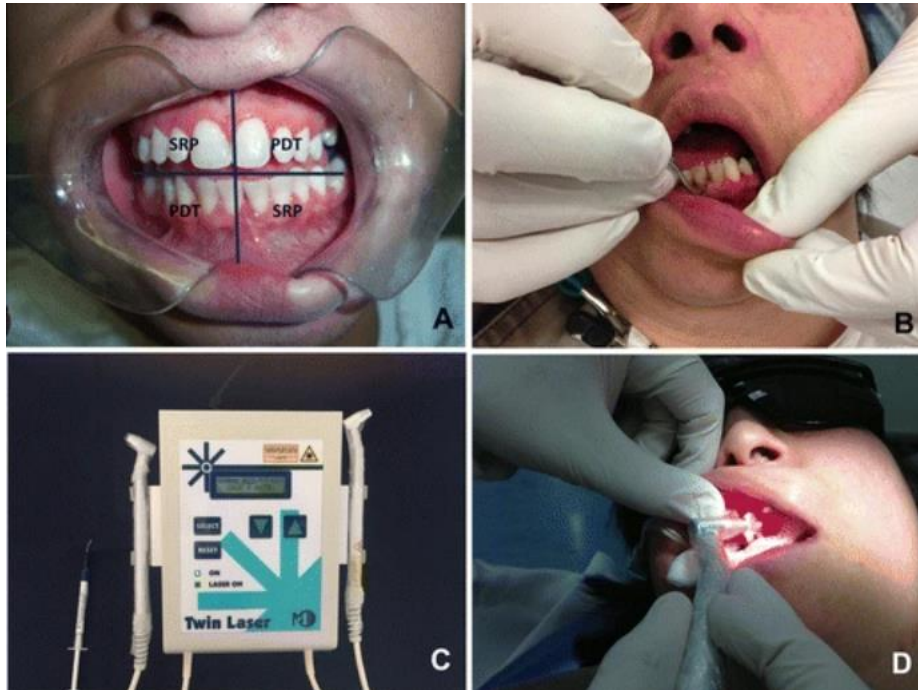


Figura 5: Representação esquemática da aplicação da TFDA no tratamento da doença periodontal em pacientes com trissomia do 21. (a) Foram escolhidos aleatoriamente dois quadrantes para a realização da raspagem e alisamento radicular (CPT) associados à TFDA. (b) O protocolo consistiu na utilização de laser de baixa potência em combinação com azul de metileno a 0,01% como FS. (c) As medidas de profundidade de sondagem periodontal (PPD) foram registradas na primeira sessão. (d) A ponta do laser foi posicionada em contato direto com a parede do bolsa periodontal; a irradiação total correspondia a 120 J/cm^2 , distribuída em quatro pontos de 30 J/cm^2 por dente (1,2 J em cada ponto), com potência de 40 mW; o tempo de exposição foi de 30 segundos por ponto, utilizando um diâmetro de feixe de $0,04 \text{ cm}^2$.

Fonte: Martins et al. (2016).

No manejo da espasticidade dos músculos mastigatórios em crianças com paralisia cerebral, a FBM com laser de baixa potência demonstrou resultados positivos. O protocolo

utilizou laser de baixa potência infravermelho (808 nm), em modo contínuo, aplicado sobre pontos específicos dos músculos masseter e temporal. Foram realizadas 6 sessões ao longo de 3 semanas, com dose de 3 J/cm² por ponto (2,4 J entregues em 20 s de exposição). Observou-se redução significativa da espasticidade, melhora da abertura bucal e aumento da força de mordida, com manutenção dos efeitos nas semanas seguintes (Santos et al., 2016) (Figura 6).



Figura 6: Mensuração da força de mordida. (a) Dinamômetro posicionado entre os primeiros molares permanentes superiores e inferiores em pacientes com dentição mista. (b) Valor da força de mordida obtido.

Fonte: Santos et al. (2016).

Em pacientes com fibromialgia, a terapia com laser de baixa potência foi avaliada em revisões sistemáticas, evidenciando melhora da dor e da qualidade de vida. Os protocolos mais eficazes variaram entre 2 a 8 J por ponto, com aplicação em tender points bilaterais, de 2 a 3 sessões semanais, totalizando 10 a 20 sessões. Essa abordagem modulou processos inflamatórios e reduziu a hipersensibilidade dolorosa, configurando-se como estratégia adjuvante relevante para esse grupo de pacientes (Yeh et al., 2019).

No caso de síndrome de Kindler, doença genética rara caracterizada por fragilidade cutânea e limitações de abertura bucal, a FBM foi aplicada com laser de diodo de 980 nm,

em modo não contato, potência de 1 W, por 3–4 minutos por área, em 8 sessões realizadas a cada 3 dias. Após 4 semanas, o paciente apresentou aumento da abertura interincisal de 19 mm para 23 mm, além de regressão das lesões ulcerativas orais, possibilitando a reabilitação protética. Esses resultados indicam que a terapia pode auxiliar na melhora da qualidade de vida e na manutenção da saúde bucal de indivíduos com doenças genéticas raras (Khatoon et al., 2025) (Figura 7).

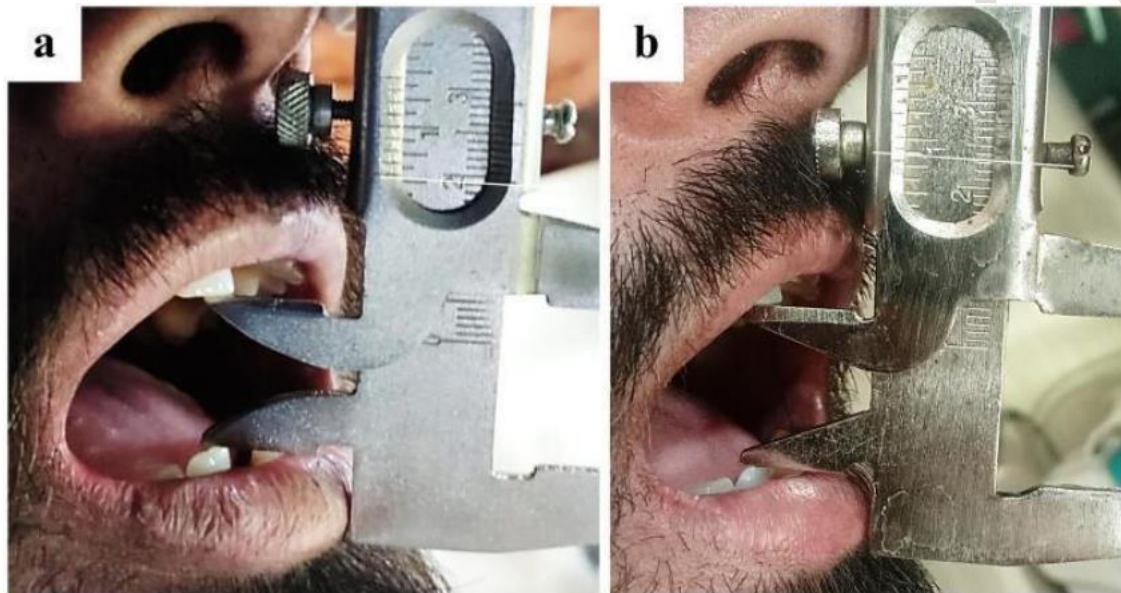


Figura 7. Distância interincisal; (a) antes da FBM (b) após a FBM.

Fonte: Khatoon et al. (2025)

No Brasil, a laserterapia está disponível no SUS desde 2015 para o tratamento da mucosite oral, sendo incorporada oficialmente à Tabela de Procedimentos do SUS em 2023 (Brasil, 2023). A terapia apresenta grande valia em centros de especialidades odontológicas (CEO), sobretudo para diferentes tratamentos clínicos que contemplam pessoas com deficiência. Logo, a terapia com laser, aplicada por protocolos adequados de dose, número de sessões e comprimento de onda, apresenta evidência clínica sólida para diversos tratamentos odontológicos, mostrando-se segura, minimamente invasiva e promissora na prática odontológica voltada a pessoas com deficiência.

21. Atendimento Odontológico sob Anestesia Geral

O tratamento odontológico sob anestesia geral (AG) é indicado para pacientes pediátricos ou adultos com deficiências físicas, mentais, cognitivas e/ou sensoriais avançadas (Brasil, 2008; Bardakci et al., 2025) e o encaminhamento ao serviço terciário deverá ser realizado após excluídas todas as possibilidades de tratamento ambulatorial (com ou sem sedação) (Castro et al., 2010; Lim e Borromeo, 2017; Al-Lwemi et al., 2022). Há frequente discussão clínica e na literatura quanto à indicação da sedação profunda ou AG em Pessoas com Deficiências (PcD) e até o momento sem um consenso, o que sempre exigirá criteriosa decisão interdisciplinar do Cirurgião-Dentista, Neurologista, Anestesta, e se necessário Cardiologista (Vacharaksa et al., 2025)

A AG promove um estado reversível de inconsciência, relaxamento muscular importante e supressão da dor, permitindo assim a abordagem das pessoas com deficiência com maior segurança, conforto e efetividade, minimizando o estresse físico e psicológico (Kwak et al., 2006; Kum et al., 2007; Shin, 2025), entretanto requer uma avaliação cuidadosa das condições médicas subjacentes, necessidades odontológicas específicas e considerações comportamentais e psicológicas do paciente (Silvestre-Rangil et al., 2014; Choi, 2021).

A abordagem sob AG deve ser considerada como última alternativa para o tratamento odontológico devido sua complexidade, custos e riscos potenciais envolvidos (Malineni et al., 2016; Shin, 2025). A maioria das PcD são polifarmácia, normalmente em altas doses, o que pode gerar interações medicamentosas e, resistência as doses usuais dos anestésicos, aumentando os riscos inerentes ao procedimento (Frost, 2024; Ouchi e Sugiyama, 2015). Outro fator limitante são as características anatômicas das PcD, como por exemplo, pescoço curto, macroglossia, além de excesso de secreções em vias aéreas, sialorreia, síndrome da apneia obstrutiva do sono, características essas que podem resultar, por exemplo, em obstrução de vias aéreas pré e pós-operatórias e risco de broncoaspiração (Korean Academy, 2014; Shin, 2025). Entretanto, ao ser indicada, apresenta alta resolatividade, com excelentes resultados alcançados e melhora significativa na qualidade de vida das PcD (Lim e Borromeo, 2017; Al-Lwemi et al., 2022; Shin, 2025).

Como já relatado anteriormente nos outros capítulos, as PcD apresentam, em sua maioria, condição bucal ruim, com necessidade de realização de múltiplos procedimentos

odontológicos como limpeza/raspagem da boca toda, diversas restaurações dentárias e exodontias múltiplas. É importante ressaltar que o planejamento odontológico deve ser minucioso e levar em consideração o perfil cognitivo do paciente bem como a capacidade de manutenção do tratamento e da saúde oral (Vargas et al., 2003; Lee et al., 2019).

O tratamento endodôntico em sessão única, por exemplo, deverá ser cuidadosamente indicado pois não é possível garantir sua eficácia em casos de lesões endodônticas, o que poderá comprometer, a curto prazo, o sucesso do tratamento realizado, com necessidade de nova abordagem. Em relação a cáries dentárias extensas/subgingivais ou doença periodontal, por exemplo, a abordagem deverá ser mais resolutiva, com as extrações dos dentes envolvidos, não considerando, por exemplo, restaurações conservadoras e esplintagem periodontal de dentes com perda óssea avançada, respectivamente (Chang e Kim, 2017; Chung et al., 2019; Jockusch et al., 2020). É de extrema importância que o paciente e/ou responsáveis sejam informados sobre a inviabilidade de reabilitação protética dos dentes extraídos visto que este tipo de tratamento requer várias etapas/consultas odontológicas para confecção e controle da prótese dentária, inviabilizando o referido tratamento (Choi, 2021).

O objetivo do tratamento odontológico sob AG é resolver, em uma única sessão, toda a demanda odontológica apresentada pelas PcD, todavia o responsável deverá ser previamente informado sobre a necessidade de mais de uma abordagem nos casos muito extensos e/ou se ocorrer alguma complicação no transoperatório. O acompanhamento das PcD que forem submetidos a tratamento odontológico sob anestesia geral é fundamental para a manutenção da saúde bucal e para medidas preventivas/profiláticas, tornando-se indispensável nas PcD que permitem a abordagem ambulatorial não invasiva e sua periodicidade deverá ser de 3 a 6 meses - de acordo com a condição oral, devendo esta abordagem ser realizada pela atenção secundária (CEO) (Lee 2009; Kovacic et al., 2012; Buda 2016).

O perfil das PcD indicados a anestesia geral encontra-se no quadro 1.

Quadro 1: Indicação do tratamento odontológico sob anestesia geral

Pessoas com deficiências neurológicas graves, síndromes, distúrbios psiquiátricos, disfunções motoras graves, tremores incontroláveis/involuntários e transtorno comportamental, cujo gerenciamento do comportamento não obteve sucesso para atendimento em ambulatório
Tratamentos odontológicos extensos, invasivos e/ou complexos, cujo deslocamento para o tratamento seja muito difícil e dispendioso
Pessoas com alterações sistêmicas que apresentem alto risco de atendimento odontológico em ambiente ambulatorial
Cirurgias complexas (exodontias complexas de dentes retidos, cirurgias ortognáticas)
Tratamento odontológico de urgência (abscessos/trauma)

Fonte: Adaptado de Manley, Skelly e Hamilton (2000) e Nathan (2001).

21.1. Requisitos estruturais e composição da equipe

A segurança do ato anestésico é normatizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) - Resolução CFM 2.174/2017, devendo ser seguida pelas unidades de saúde com o objetivo de garantir a segurança do paciente e minimizar os riscos associados à anestesia. De acordo com o CFM a AG só poderá ser realizada em locais que atendam aos requisitos mínimos de segurança, com estrutura adequada, equipamentos de emergência, que garanta acesso a recuperação anestésica monitorada por profissional habilitado, com suporte para reanimação cardiorrespiratória e possua suporte de retaguarda para transferência imediata a uma unidade hospitalar – se necessário.

Segundo o CFM a unidade onde será realizada a AG obrigatoriamente deverá dispor de, além dos profissionais de odontologia:

- Centro cirúrgico:
 - médico(a) especialista em anestesiologia,
 - enfermeiro(a)
 - técnico(a) de enfermagem

- equipe cirúrgica (Cirurgião-Dentista, Assistente Cirurgião-Dentista e instrumentador)

➤ Equipamentos centro cirúrgico:

- monitorização da circulação (frequência cardíaca e ritmo cardíaco via cardioscópio, pressão arterial)
- oximetria de pulso contínua,
- capnografia contínua,
- temperatura corporal,
- pressão arterial sistêmica
- monitorização contínua da ventilação (teores de gás carbônico exalados, seção de fluxo contínuo de gases, sistema respiratório e ventilatório completo (aparelho de anestesia) e sistema de aspiração)
- sistemas automáticos de infusão contínua de fármacos
- máscara laríngea, guia bougie e atomizador para anestesia tópica
- dispositivo para cricotireotomia,
- máscaras faciais, cânulas orofaríngeas, dispositivos supraglóticos e/ou máscaras laríngeas, tubos traqueais e conectores específicos para os diversos bloqueios anestésicos neuroaxiais e periféricos,
- seringas, agulhas e catéteres venosos descartáveis,
- laringoscópio (cabos e lâminas),
- guia para tubo traqueal e pinça condutora (Magill)
- fármacos para anestesia (anestésicos locais, hipnoindutores, bloqueadores neuromusculares e seus antagonistas (por competição e específicos), anestésicos inalatórios e dantrolene sódico, opioides e seus antagonistas, antieméticos, analgésicos não opioides e adjuvantes, corticosteroides, inibidores H2, sulfato de efedrina/fenilefrina e metaraminol, vasopressina, broncodilatadores, gluconato/cloreto de cálcio)
- fármacos para ressuscitação cardiopulmonar e pós-ressuscitação (incluindo, mas não se limitando a): adrenalina, atropina, amiodarona, sulfato de magnésio, dopamina, dobutamina, noradrenalina, adenosina, lidocaína, cloreto de potássio,

nitroprussiato de sódio, nitroglicerina, furosemida, beta-bloqueadores de curta duração, bicarbonato de sódio, soluções para hidratação e expansores plasmáticos (fluidos cristaloides e coloides) sintéticos e naturais.

- desfibrilador para ressuscitação cardiopulmonar com marca-passo transcutâneo ou marca-passo transvenoso (incluindo gerador e cabos) com recurso de equipamentos de imagem.

Sala de recuperação pós-anestésica:

- médico(a) especialista em anestesiologia (responsável ou não pela anestesia realizada),
- enfermeiro(a),

➤ Equipamentos:

- monitorização da circulação (frequência cardíaca e ritmo cardíaco via cardioscópio, pressão arterial)
- oximetria de pulso contínua,
- temperatura corporal,

Vale ressaltar que de acordo com o Art. 9º “os anexos e as listas de equipamentos, instrumentais, materiais e fármacos que obrigatoriamente devem estar disponíveis no ambiente onde se realiza qualquer anestesia e que integram esta resolução serão periodicamente revisados, podendo ser incluídos itens adicionais indicados para situações específicas”.

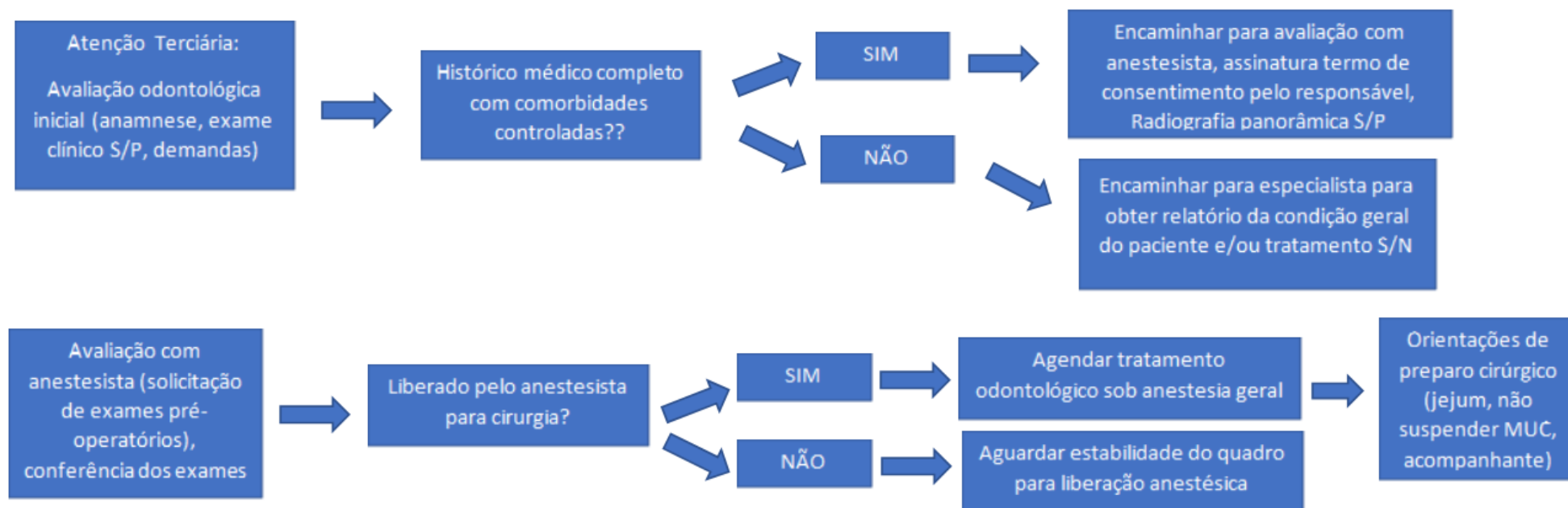
Um dos grandes desafios para o suporte para PcD sob AG é o serviço de anestesiologia, pois muitos anestesiologistas não estão treinados para atendimento deste grupo de pacientes, que têm limitações sistêmicas, anatômicas e funcionais que exigem abordagem especial. Em uma pesquisa com anestesiologistas e cirurgiões-dentistas, foi concluído que a estruturação de salas de cirurgia adaptadas para procedimentos específicos de odontologia pode contribuir positivamente para o sistema de saúde, eliminando as hesitações dos anestesiologistas (Catak et al., 2025). Baseado nestas informações, quanto mais estrutura e conhecimento das equipes de centro cirúrgico com enfermagem, anestesia e equipe técnica devem ser os mais bem informados para que os procedimentos

com PcD ocorram com o menor viés possível e sejam bem recebidos por toda a equipe interdisciplinar.

É fundamental que exista suporte médico na enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva para os casos em que seja necessário a internação hospitalar pós-cirúrgica ou que houver complicações intra e/ou pós-operatórias, que necessitem de cuidados específicos que excedam a competência técnica do cirurgião-dentista.

21.2. Fluxo de atendimento, preparo pré-anestésico e cuidados pós-operatórios

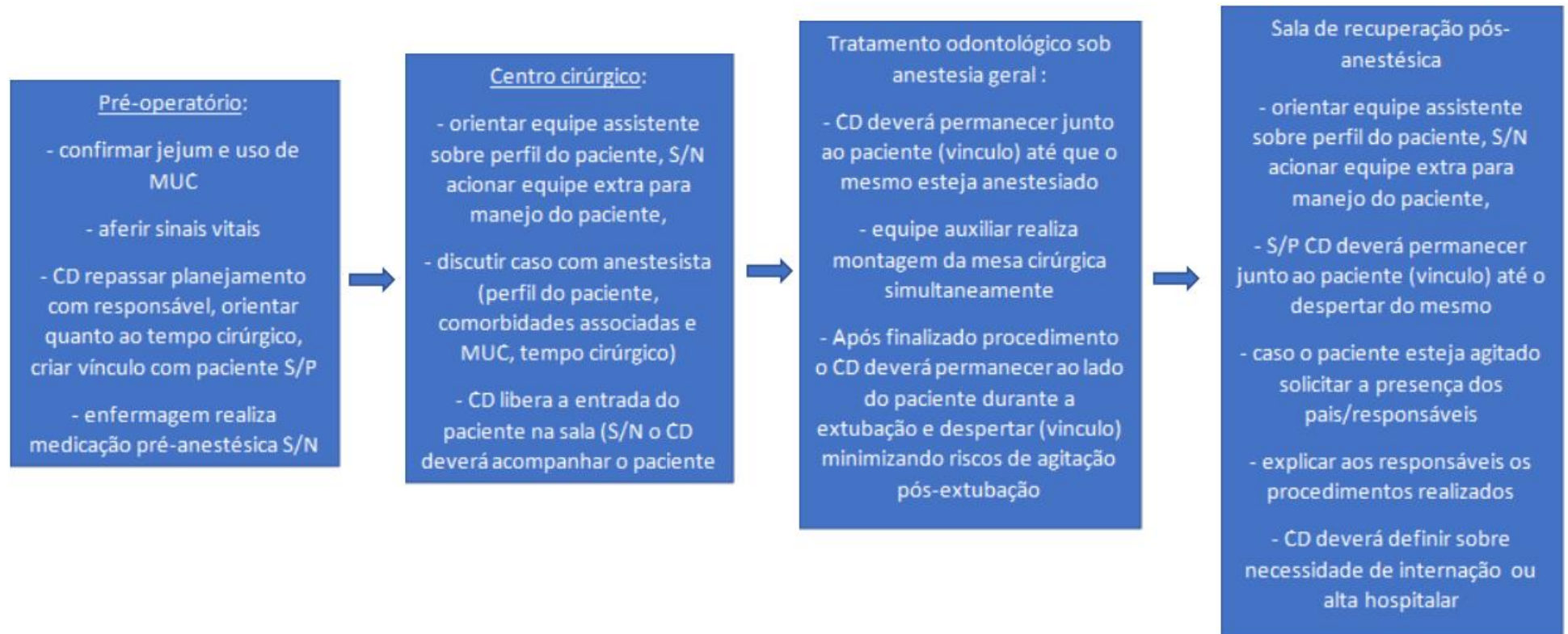
Figura 1. Fluxograma do atendimento odontológico inicial e preparo para tratamento odontológico sob anestesia geral



LEGENDA: S/P: se possível; S/N: se necessário; MUC: medicação de uso contínuo.

Fonte: Elaboração própria.

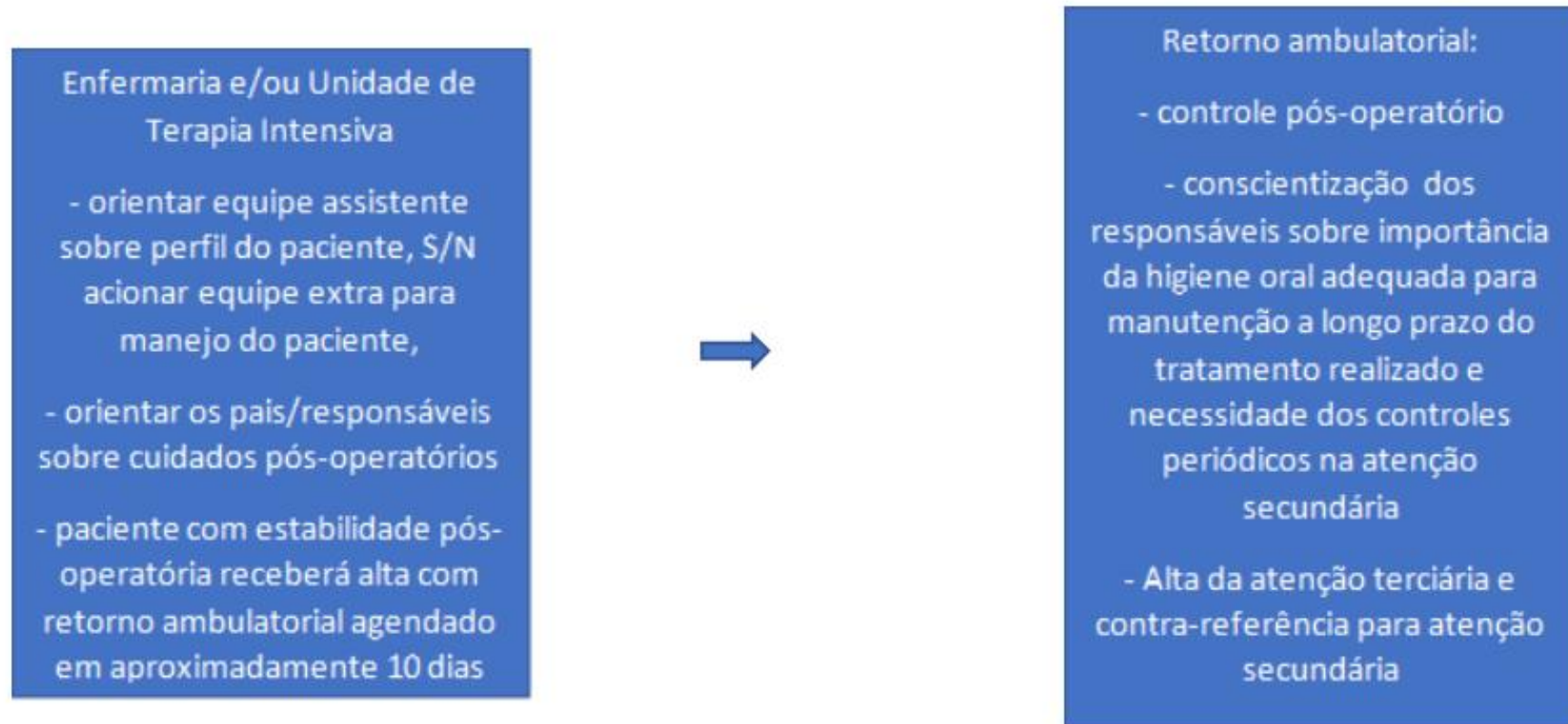
Figura 2. Fluxograma do tratamento odontológico sob anestesia geral



LEGENDA: S/P: se possível; S/N: se necessário; MUC: medicação de uso contínuo, CD: cirurgião-dentista

Fonte: Elaboração própria.

Figura 3. Fluxograma do pós-operatório do tratamento odontológico sob anestesia geral



Fonte: Elaboração própria.

21.3. Anexos

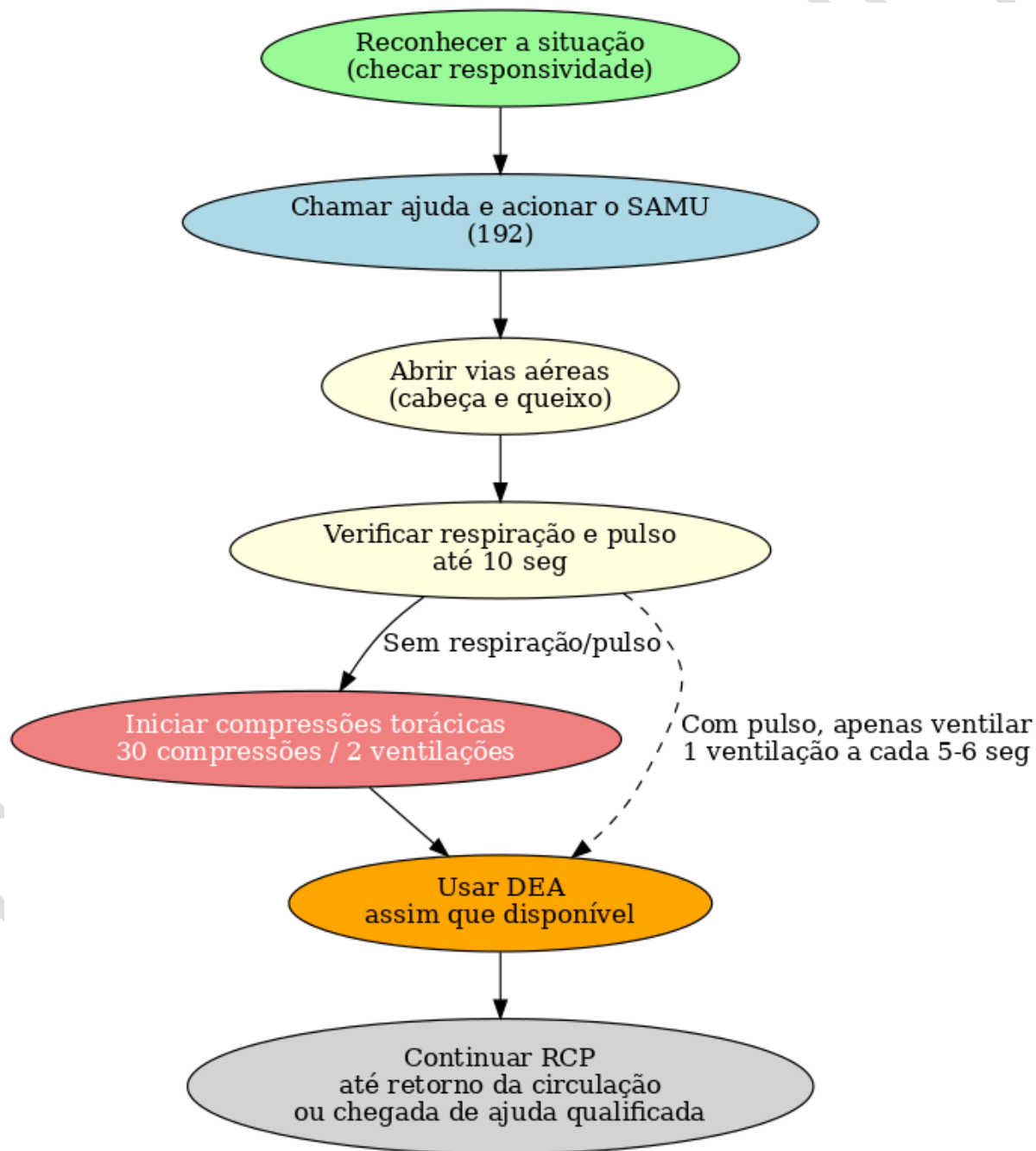
CONSULTA PÚBLICA

Figura 4: Escala de RASS



1. Observar o paciente: Se ele está alerta, inquieto ou agitado (0 a +4)
2. Se não está alerta, dizer o nome do paciente e pedir para ele abrir os olhos e te olhar:
 - Se acordado com contato visual por 10 segundos = -1
 - Se acordado com contato visual breve, menos que 10 segundos = -2 = sedação leve
 - Se acordado sem contato visual = -3 = sedação moderada
3. Quando o paciente não responde ao contato verbal, realizar estímulo físico:
 - Se ele realiza algum movimento ao estímulo físico = -4 = sedação intensa
 - Se ele não responde a qualquer estímulo = -5 = coma

Figura 5: Fluxo para situações e emergência.



Questionário para sedação sob anestesia geral.

QUESTIONÁRIO INICIAL PARA SEDAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: F ___ M ___ Data ___/___/___

Diagnóstico: _____

Procedimento a ser realizado: _____

Medicações: _____

Alergias: _____ ASA: I ___ II ___ III ___ IV ___

História Médica

Sistema Cardiovascular: _____

Sistema Respiratório: _____

Sistema Nervoso Central: _____

Sistema Hepático: _____

Sistema Renal: _____

Obs: _____

Sinais Vitais Basais

PA:	FC:	O2:	ALTURA:	PESO:	IMC:

Avaliação comportamental e clínica

() CHILD FEAR SURVEY SCHEDULE - DENTAL SUBSCALE TOTAL: _____

() MDAS – Modified Dental Anxiety Scale TOTAL: _____

() SARI TOTAL: _____

Plano sedativo

Formulário para Regime Sedativo

REGIME SEDATIVO Nº _____

Paciente: _____ Data: ____/____/____

Acompanhante: _____

1. Procedimento: _____

Técnica Utilizada

- ☐ Sedação inalatória com oxigênio e óxido nitroso
☐ Sedação por via oral (comprimido ou líquido)
☐ Sedação por via intranasal
☐ Sedação por via intramuscular
☐ Uso combinado com estabilização protetora
☐ Uso combinado com abridor de boca
☐ Medicação ansiolítica na noite anterior. Qual: _____

Sinais Vitais e Informações Básais

PA:	FC:	SO2:	PESO:	ALTURA:	IMC:	SARI:

Informações sobre o Fármaco

Nomes/mg	
Posologia	

Particularidades

- ☐ Comprimido macerado na seringa _____ ou copo _____
☐ Criança cospe o medicamento ☐ Medo de injeção
☐ Medicamento misturado com algum alimento: _____

Monitorização dos Sinais Vitais

Horário	Pressão Arterial	PAM	FC	Sat O2	FR	CO2	N2O	O2

Avaliação Pós-Operatória

Tempo de Sedação: _____ minutos

Resposta do paciente: () Ruim () Boa () Excelente

Intocorrência: () Não () Hipoventilação () Hiperventilação () Dessaturação

() Náusea () Vômito () Convulsões () Ataque Epilético () Euforia

() Hiperatividade () Sudorese () Palidez () Desmaio

() Outras: _____

Somente Sedação Medicamentosa

Próxima consulta: () Manter a dose () Diminuir a dose () Aumentar a dose

() Associar com N₂O/O₂ () Mudar a Via () Anestesia Geral**Somente Óxido Nitroso**

Próxima consulta: () Manter a titulação () Diminuir a titulação () Aumentar a

titulação () Associar com Outras Drogas () Anestesia Geral

Avaliação comportamental e de nível da sedação

() Pontuações de comportamento (vide ficha inicial);

() Pontuações de sedação (escala RASS): Durante: _____

() Facilidade de conclusão do tratamento (escala HOUP): Final: _____

Conclusão final (resultado, intercorrência e planejamento para próxima consulta)

Termo de consentimento para sedação durante atendimento odontológico.

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA SEDAÇÃO DURANTE O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Eu _____, portador(a) do RG _____, como responsável legal por _____, autorizo o uso de sedação medicamentosa e/ou inalatória indicada pela Dra. _____, CRO/RJ _____, necessário para o tratamento odontológico adequado.

Tipo de sedação utilizada: () Sedação por via oral

() Sedação por via intranasal

() Sedação por via intramuscular

() Sedação intravenosa realizada pelo (a): _____

() Sedação inalatória com oxigênio e óxido nitroso

Declaro ter sido informado que a decisão sobre sua utilização, baseou-se nas necessidades do tratamento e o desenvolvimento físico, mental e emocional do paciente, bem como o meu consentimento, visando estabelecer condições apropriadas ao bom atendimento.

Compreendo que ocasionalmente podem ocorrer sonolência, náusea, vômito, trauma oral, edema, reações alérgicas, depressão respiratória e cardíaca, hipoglicemia, agitação, espasmos, sono profundo e que todas essas questões foram esclarecidas previamente com o dentista responsável. Declaro que já foram esgotadas todas as formas de gerenciamento do comportamento não farmacológicas e que para o possível sucesso desta técnica se faz necessário minha colaboração e aprovação.

Declaro que compreendo que o uso da sedação não impede que seja necessário realizar estabilização protetora, uso de abridor de boca, e eu entendo que o paciente pode não atingir o efeito desejado para o procedimento odontológico, e que ainda seja indicado tratamento odontológico sob nova dose, via ou anestesia geral em ambiente hospitalar.

Eu reconheço que recebi as instruções, li esse termo e entendo-o, aceitando os procedimentos a serem realizados, além de aceitar os possíveis riscos.

Responsável Legal: _____ Data: _____

Cirurgião-dentista: _____ Data: _____

22. Atendimento Sob Sedação Consciente com Óxido Nitroso

22.1. Conceitos Gerais

A sedação processual e a analgesia em Odontologia são ferramentas essenciais para o manejo da ansiedade e da dor, representando um avanço significativo na prática clínica. De acordo com a Sociedade Americana de Anestesiologistas, a sedação deve ser entendida como um contínuum de estados de consciência, que vai da sedação mínima até a anestesia geral. A profundidade da sedação não é determinada pela via de administração, mas sim pela estratégia terapêutica sedativa do profissional, sendo dependente da dose e do fármaco utilizado.

Neste manual, abordaremos a estratégia multimodal, que promove o uso combinado de diferentes fármacos e abordagens para potencializar os efeitos sedativos e analgésicos, ao mesmo tempo em que permite a redução das doses e a minimização dos efeitos colaterais. O foco principal será a sedação com óxido nitroso, mas também abordaremos a sedação por via oral com o benzodiazepínico diazepam ou o midazolam e os anti-histamínicos de primeira geração prometazina e hidroxizina, demonstrando a versatilidade dessa abordagem.

O entendimento do espectro de profundidade da sedação, preparo da equipe e infraestrutura são cruciais para a aplicação segura da técnica. Abaixo, detalhamos os principais níveis de sedação até a anestesia geral, destacando suas características e as respostas esperadas do paciente.

22.1.1. Níveis de Sedação

- **Sedação Mínima (ou Ansiólise):** Caracteriza-se por uma depressão da consciência onde o paciente responde a estímulos verbais e táteis. As funções cardiovasculares e respiratórias não são afetadas e a via aérea é mantida de forma autônoma. Este estado pode ser alcançado com óxido nitroso em concentrações inferiores a 50% ou pela administração oral de um único medicamento, como o diazepam ou o midazolam, em doses bulárias recomendadas.

- Sedação Moderada (ou Sedação Consciente): Promove uma depressão mais acentuada, mas o paciente ainda responde a comandos verbais e estímulos táteis leves. A ventilação espontânea e as funções cardiovasculares são mantidas sem necessidade de intervenção assistida. O benefício é o manejo da dor e do desconforto, tornando os procedimentos longos e complexos mais toleráveis. Este estado pode ser alcançado com óxido nítrico em concentrações superiores a 50% em monoterapia ou pela estratégia multimodal.
- Sedação Profunda: É uma depressão da consciência induzida por fármacos na qual o paciente não pode ser facilmente despertado. Embora possa responder a estímulos dolorosos, a capacidade de manter a via aérea patente de forma independente pode ser prejudicada. Este nível de sedação requer intervenção para manutenção da via aérea e pode levar à depressão da função respiratória e cardiovascular.
- Anestesia Geral: É um estado de perda de consciência induzida por fármacos, durante a qual o paciente não consegue ser despertado nem mesmo por estímulos dolorosos. A capacidade de manter a função ventilatória de forma independente é prejudicada, e a função cardiovascular também pode ser comprometida. A intervenção para manter a ventilação é necessária. A anestesia geral é realizada apenas em ambiente hospitalar, sendo de responsabilidade do médico anestesista, onde o cirurgião-dentista é responsável pelo procedimento odontológico.

Independente do nível de sedação, a segurança do paciente é a prioridade máxima. É imperativo que a equipe odontológica esteja preparada para reconhecer e intervir caso o paciente, mesmo sob sedação mínima ou moderada, atinja um estado de sedação profunda. A progressão inesperada para esse nível pode levar à depressão respiratória e cardíaca. Portanto, uma resposta imediata é essencial para prevenir a hipóxia e suas consequências neurológicas. Em toda estratégia, sempre um cirurgião-dentista é responsável pela sedação, monitorando o paciente durante todo o procedimento e outro cirurgião-dentista é o responsável pelo procedimento.

A compreensão dos níveis de sedação e a aplicação de uma abordagem multimodal são fundamentais para uma prática segura e eficaz em Odontologia. A capacitação e a responsabilidade da equipe, bem como a estrutura do ambiente, são pilares que garantem

o bem-estar do paciente em todo o espectro do procedimento (SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2018).

22.1.2 Critérios de escolha da técnica conforme o perfil do paciente

A escolha da técnica de sedação mais adequada é um processo multifatorial que se inicia com a avaliação pré-anestésica (APA). Nela, são considerados o perfil completo do paciente e do procedimento, fornecendo critérios objetivos e subjetivos para a escolha da via de administração, dos fármacos e do monitoramento.

A anamnese e o exame físico são componentes essenciais da APA. Na anamnese, o profissional coleta informações detalhadas sobre a história médica, idade, peso, medicações de uso contínuo e reações prévias a fármacos. O exame físico, por sua vez, permite identificar sinais vitais, avaliar os sistemas respiratório e cardiovascular, e detectar potenciais dificuldades para o procedimento. A necessidade de exames complementares (como hemogramas ou eletrocardiograma) não é uma prática rotineira e deve ser avaliada individualmente para confirmar diagnósticos ou avaliar a estabilidade de uma condição sistêmica, especialmente em pacientes com classificações ASA II ou ASA III (Tabela 1).

A Classificação do Estado Físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) é amplamente utilizada para estratificar o risco anestésico. Pacientes classificados como ASA I (paciente saudável) ou ASA II (paciente com doença sistêmica leve ou moderada) são, em geral, considerados aptos para sedação em nível ambulatorial. A fobia odontológica e o ciclo de vida do paciente (crianças, adultos ou idosos) também influenciam na escolha do nível sedativo desejado. As necessidades de manejo, fisiológicas e psicológicas, são específicas para cada grupo etário. O porte e a complexidade do procedimento norteiam o planejamento sedativo. Procedimentos mais invasivos, longos ou complexos, por exemplo, podem demandar um nível de sedação mais aprofundado (MALAMED, 2012).

A sistematização do atendimento baseada na classificação ASA permite otimizar recursos e garantir a segurança adequada para cada categoria (MALAMED, 2012):

- Protocolo para Pacientes ASA I: Avaliação Pré-Anestésica Simplificada, sem necessidade de exames complementares de rotina. A sedação consciente pode ser

realizada em consultório com monitorização básica de oximetria de pulso, frequência cardíaca e pressão arterial.

- Protocolo para Pacientes ASA II: Avaliação Pré-Anestésica Intermediária, com anamnese detalhada e atenção aos sistemas afetados. Exames complementares podem ser necessários. A consulta médica é recomendada e a sedação consciente deve ser realizada com monitorização adicional.
- Protocolo para Pacientes ASA III: Avaliação Pré-Anestésica Complexa, com anamnese exaustiva, exames complementares obrigatórios e consulta médica especializada. A sedação é restrita ao ambiente hospitalar, com monitorização intensiva.

A avaliação pré-anestésica em pacientes pediátricos requer adaptações, pois não são simplesmente "adultos pequenos". É fundamental investigar histórico de desenvolvimento, medicamentos em uso, vacinações, alergias, doenças respiratórias e experiências médicas ou odontológicas prévias. Pacientes idosos frequentemente apresentam múltiplas comorbidades e polifarmácia. A avaliação cognitiva deve ser incluída rotineiramente, pois alterações podem afetar a capacidade de consentimento e a cooperação. Pacientes com deficiências físicas, intelectuais ou sensoriais requerem adaptações na avaliação pré-anestésica e podem necessitar do envolvimento de cuidadores. Para pacientes idosos e com necessidades específicas, o cirurgião-dentista deve considerar interações medicamentosas com repercussão clínica frente a situações de polifarmácia e comorbidades sistêmicas.

Conforme a Classificação ASA, a tabela 1 norteia a solicitação de exames:

Tabela 1 – Diretrizes para Solicitação de Exames Pré-operatórios utilizadas pelo Serviço de Anestesiologia da Instituição Avaliada*

Estado Físico**	Doença ou Condição Associada	Exames Pré-Operatórios
ASA I	Idade > 65 anos	Hemoglobina, hematócrito
	Idade > 60 anos	Glicemia, creatinina
	Idade > 45 anos (homem) ou > 55 anos (mulher)	ECG
ASA II	Diabetes mellitus	Hemoglobina, hematócrito, glicemia, creatinina, Na ⁺ , K ⁺ , ECG
	Doença cardiovascular	ECG, Creatinina
	Uso de diuréticos	Considerar Rx de tórax
	Doença pulmonar	Na ⁺ e K ⁺
	Tabagismo crônico (acima de 20 anos/maço)	Considerar Rx de tórax
ASA III	Doença cardiovascular, diabetes mellitus ou doença respiratória	ECG
ASA II e III	Com outras doenças	Considerar Rx de tórax
ASA I, II e III	História suspeita de anemia	Exames de acordo com a doença
	Cirurgias de grande porte	Hemoglobina, hematócrito
	Uso de anticoagulantes	
	Uso de fitoterápico	
	História de sangramentos	Coagulograma
	Cirurgias de grande porte	
	Cirurgias com risco aumentado de sangramento	

* Critérios adaptados de publicações anteriores ^{1,2,3,4,5}.

** De acordo com a classificação da ASA ¹.

Fonte tabela: (ISSA et al., 2011)

A capacitação e a habilitação do cirurgião-dentista são cruciais. No Brasil, por exemplo, a sedação consciente com óxido nitroso exige um curso específico e certificação pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO). (Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-51, de 30 de abril de 2004. Baixa normas para habilitação do CD na aplicação da analgesia relativa ou sedação consciente, com óxido nitroso (CFO, 2004).

22.2. Sedação Processual Medicamentosa Por Via Oral

A aplicação da sedação mínima e moderada em Odontologia visa, primordialmente, garantir a segurança e o bem-estar do paciente, ao mesmo tempo que minimiza o desconforto físico e a dor durante os procedimentos. No âmbito psicológico, a sedação é uma ferramenta essencial para controlar a ansiedade, reduzir o trauma e, quando possível, maximizar o potencial de amnésia sobre a experiência. A união desses efeitos aumenta o limiar de aceitabilidade do tratamento e modifica o comportamento, facilitando a execução do procedimento odontológico com maior sucesso e previsibilidade.

A escolha da prescrição sedativa é um processo multifatorial que se inicia com a avaliação pré-anestésica (APA). Nela, são considerados a complexidade do procedimento, a condição de saúde e colaboração do paciente, as propriedades dos fármacos e o nível de sedação desejado.

A via de administração é o meio pelo qual o medicamento entra em contato com o organismo. A sua seleção é crucial, pois cada via apresenta vantagens e desvantagens que afetam diretamente a biodisponibilidade do fármaco. Dentre as principais vias utilizadas (oral, intranasal, intramuscular, intravenosa e inalatória), a via oral é a mais utilizada em Odontologia por sua simplicidade, conveniência e baixo risco de reações adversas graves.

Apesar de considerada segura e econômica, a via oral apresenta um início de ação mais lento, com tempo de latência médio de 30 minutos e um pico de concentração plasmático tardio quando comparada à via intravenosa. Sua absorção é variável, influenciada por fatores como o esvaziamento gástrico (muitas vezes requerendo jejum) e a motilidade intestinal (um aumento da motilidade, como na diarreia, leva a uma absorção

ineficaz). O metabolismo de primeira passagem (Intestino/Fígado) também contribui para essa variabilidade na biodisponibilidade. Essa variabilidade impede a titulação da dose, bem como a capacidade de prontamente aprofundar ou reverter o nível de sedação (MALAMED, 2010).

Para a sedação processual por via oral, a prescrição de dose é fundamentalmente individualizada. De acordo com as orientações de Malamed, a titulação por consulta é a estratégia ideal para atingir essa individualização. Nesse processo, o cirurgião-dentista avalia a eficácia da sedação obtida na primeira consulta e, se necessário, ajusta a dosagem nas consultas subsequentes. Como regra geral, a bula dos medicamentos é uma fonte essencial de informação, mas suas doses são estabelecidas para situações de baixo estresse. Por essa razão, as dosagens para sedação oral em Odontologia podem ser um pouco mais elevadas do que as descritas nas bulas (MALAMED, 2010).

22.2.1. Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são uma classe de medicamentos hipnóticos e ansiolíticos com efeitos notáveis. Introduzidos no mercado na década de 1960. Atualmente, são os medicamentos mais prescritos para sedação em Odontologia. Além de seus efeitos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, possuem propriedades amnésicas, anticonvulsivantes e relaxantes musculares. O mecanismo de ação dos benzodiazepínicos está intrinsecamente ligado ao ácido gama-aminobutírico (GABA), o principal neurotransmissor inibitório do sistema nervoso central. Esses fármacos não ativam diretamente o receptor GABA, mas sim potencializam a sua ação em nível pós-sináptico, produzindo o efeito sedativo-hipnótico (MALAMED, 2010).

Os efeitos adversos mais frequentemente observados após a administração oral incluem sonolência passageira (especialmente em pacientes idosos e debilitados), fadiga e ataxia. Embora raras, reações paradoxais também podem ocorrer, manifestando-se como excitação, alucinações, insônia, irritabilidade ou, em alguns casos, o aumento da salivação. Este último efeito é geralmente associado a altas doses ou a estados de sedação excessiva. A possibilidade de reversão de seus efeitos com a administração de flumazenil é uma das principais vantagens dessa classe de medicamentos, o que oferece uma margem de segurança adicional (MALAMED, 2010; FREUDENREICH, 2005; MIRANDA-RIUS et al., 2015).

22.2.1.1 Midazolam

O midazolam se destaca como um fármaco de escolha em Odontologia por seu rápido início de ação, com pico plasmático em aproximadamente 30 minutos após a administração oral, e por sua duração de efeito relativamente curta (2 a 4 horas). Sua biodisponibilidade varia: o xarope apresenta cerca de 36%, enquanto o comprimido pode atingir cerca de 50%. Em ambos os casos, o percentual é significativamente menor que o da via intramuscular (cerca de 90%) devido ao metabolismo de primeira passagem hepático. As doses para sedação devem ser cuidadosamente individualizadas. Em pacientes pediátricos, o uso de comprimidos deve ser evitado. A solução de 2 mg/ml é a mais indicada, com dose, segundo a bula, de 0,25 a 1,0 mg/kg (dose máxima de 20 mg por consulta). A literatura científica apresenta variações: Jain et al. (2020) recomendam as doses de 0,3 a 0,5 mg/kg (não excedendo 12 mg totais), Picciani et al. (2019) sugerem 0,5 mg/kg (com dose máxima de 20 mg por consulta). Kapur & Kapur (2018), por sua vez, orientam de 0,3 a 0,5 mg/kg, sem especificar a dose máxima.

Para adultos, a dose bulária recomendada é de 7,5 a 15 mg. Para pacientes com dificuldade em deglutir o comprimido, este pode ser macerado e misturado com um veículo, como suco, mel ou cobertura de sorvete, para mascarar seu sabor forte e amargo. Em pacientes geriátricos, a dose deve ser ajustada com cautela. Estudos como o de Rignell et al. (2016), que investigou o uso do midazolam oral em pacientes idosos com transtornos neurocognitivos, sugere uma distinção na prescrição de dose por idade: 0,2 mg/kg para pacientes com menos de 65 anos e 0,1 a 0,15 mg/kg para aqueles com mais de 65 anos, reforçando a importância da individualização da dose para garantir a segurança e a eficácia da sedação. O estudo de Orman et al. (2019), em adultos com Síndrome de Down e distúrbios de comportamento, utilizou doses de 0,3 a 0,5 mg/kg (dose total 30 mg por sessão), em estratégia combinada com cetamina ou hidroxizina.

A administração de midazolam deve ser cuidadosamente avaliada devido a interações com a enzima CYP3A4, como algumas drogas antirretrovirais, suco de uva e bebidas alcoólicas. Por outro lado, indutores, como a carbamazepina e a fenitoína, podem reduzir drasticamente o efeito sedativo. Em alguns casos, a concentração plasmática pode

diminuir em até 90% e a meia-vida de eliminação cerca de 60%, tornando o uso de doses maiores necessárias para o efeito terapêutico.

As contraindicações relativas incluem glaucoma de ângulo estreito, DPOC e insuficiências cardíaca, renal ou hepática. O midazolam é contraindicado em gestantes e lactantes, devido ao risco fetal e no recém-nascido. Eventos adversos graves, principalmente relacionados ao sistema respiratório, podem ocorrer, como depressão respiratória, hipoventilação, obstrução de via aérea, dessaturação de O₂, hipóxia e apneia, podendo culminar em parada respiratória e cardíaca.

22.2.2 Anti-histamínicos de Primeira Geração

Os anti-histamínicos clássicos, ou de primeira geração, são fármacos que, embora sejam usados primariamente para o tratamento de alergias e enjoos, também apresentam efeitos sedativos, anticolinérgicos e antieméticos. Fármacos como a prometazina e a hidroxizina são frequentemente empregados em uma estratégia multimodal para potencializar a sedação e ajudar a controlar a náusea.

22.2.2.1 Cloridrato de Prometazina

A prometazina pertence à classe dos fenotiazínicos. De outros fármacos desta classe, ela não possui ação antipsicótica, sendo principalmente um bloqueador do receptor H₁ com potentes efeitos anti-histamínicos, antieméticos e sedativos. A ação da prometazina difere significativamente daquela dos benzodiazepínicos, pois, mesmo em altas doses, ela não produz depressão clinicamente significativa nos sistemas respiratório ou cardiovascular, e não apresenta potencial de vício.

Após a administração oral, a prometazina é rapidamente absorvida, com ações clínicas observadas em aproximadamente 45 minutos e uma duração de ação de 4 a 6 horas. A secura da boca é uma das reações adversas frequentemente reportadas, sendo considerada benéfica no contexto da sedação em Odontologia, pois auxilia na prevenção da broncoaspiração (MALAMED, 2010).

É contraindicado o uso da prometazina em crianças menores de dois anos, devido ao risco de depressão respiratória fatal. A dose recomendada para sedação em adultos é de 25

a 50 mg (1 hora antes do tratamento). Para sedação pré-operatória, pode-se administrar uma dose de 50 mg, na noite anterior ao procedimento. Para crianças, a dose para sedação é de 12,5 a 25 mg (1 hora antes do tratamento). Em odontopediatria, a dose tradicional para sedação pré-operatória é de 2,2 mg/kg quando usada em monoterapia, e de 1,1 mg/kg em combinação com outros depressores do sistema nervoso central (MALAMED, 2010).

Um estudo de Mozafar et al. (2018) demonstrou que a combinação de óxido nitroso e prometazina (1 mg/kg) resultou em sedação aceitável e segura em crianças. A combinação de óxido nitroso e midazolam (0,5 mg/kg), no entanto, proporcionou uma sedação mais profunda e um comportamento superior na fase inicial do tratamento (MOZAFAR *et al.*, 2018).

22.2.2.2 Hidroxizina

A hidroxizina pertence a um grupo de fármacos derivados do difenilmetano e é classificada como bloqueador de histamina (H1). Além de suas propriedades anti-histamínicas, também apresenta ações sedativas, antieméticas, antiespasmódicas e anticolinérgicas. Na prática da odontopediatria, ela é um dos sedativos orais mais populares.

Após a administração oral, a hidroxizina é rapidamente absorvida pelo trato gastrointestinal, com efeitos clínicos percebidos em 15 a 30 minutos e pico de ação em 2 horas. Sua duração de ação é de aproximadamente 3 a 4 horas. O uso da hidroxizina como único fármaco é limitado ao manejo de crianças com medo leve a moderado, sendo frequentemente combinada com outros depressores do SNC para pacientes mais temerosos. A forma líquida oral do cloridrato de hidroxizina possui um sabor mais agradável, o que é particularmente importante para pacientes pediátricos.

Para crianças com menos de 6 anos, a dose recomendada é de 2 mg/kg ao dia, dividida em doses a cada 6 a 8 horas. Para crianças entre 6 e 12 anos, a dose é de 12,5 a 25 mg a cada 6 a 8 horas. A dose oral para sedação é de 1,1 a 2,2 mg/kg quando utilizada como fármaco único. Em prescrição combinada com outros depressores do SNC, a dosagem deve ser reduzida em cerca de 50%. A prevalência de efeitos colaterais é baixa, sendo a sonolência transitória o mais comum. A hidroxizina potencializa as ações depressoras de substâncias como barbitúricos, opióides e álcool.

No atendimento pediátrico, a sedação em crianças difere significativamente da realizada em adultos e exige a consideração de red flags específicos. Crianças menores de 2 anos, por exemplo, apresentam imaturidade hepática e renal, o que altera o metabolismo e a excreção de fármacos, podendo resultar em sedação prolongada. Além disso, crianças menores de 6 anos têm um risco maior de desfechos adversos sobre o sistema respiratório e a patência das vias aéreas. A habilidade da criança em cooperar com o procedimento também está diretamente ligada à sua idade cronológica e maturidade emocional, o que deve ser um fator determinante na escolha da técnica (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2019).

22.3. SEDAÇÃO PROCESSUAL INALATÓRIA COM ÓXIDO NITROSO

22.3.1 Fundamentos da Sedação Processual Inalatória

22.3.1.1 Princípios farmacológicos do Óxido Nitroso, níveis de sedação e resposta do paciente

O óxido nitroso (N_2O), popularmente conhecido como “gás do riso”, é um composto inorgânico, incolor, inodoro e com sabor levemente adocicado. É utilizado na prática odontológica e médica há mais de 150 anos com elevado índice de segurança clínica. Para uso medicinal, o gás é purificado e armazenado em cilindros.

Segundo a American Dental Association (1989), a sedação inalatória com óxido nitroso proporciona uma depressão mínima da consciência, na qual o paciente mantém suas habilidades, respira e responde aos estímulos físicos e verbais. A profundidade da sedação é diretamente dependente da concentração do gás administrado, permitindo ajustes precisos. Em concentrações baixas (20% a 40%), a sedação alcança o nível mínimo. Acima de 50%, a sedação se aprofunda para o nível moderado. A sedação profunda não é um objetivo, e a anestesia geral é extremamente difícil de ser alcançada com este gás, pois a sua Concentração Alveolar Mínima (CAM) para tal nível é de aproximadamente 105%. Assim, por ser ofertado na pressão parcial máxima de 70%, garantindo sempre um mínimo de 30% de oxigênio, o paciente não atinge o nível de inconsciência, mantendo reflexos protetores.

Do ponto de vista farmacocinético, o N₂O apresenta baixa solubilidade no sangue, o que resulta em uma rápida indução e recuperação do efeito clínico. Esse perfil é uma grande vantagem em procedimentos odontológicos, pois permite ajustes rápidos na profundidade da sedação e uma recuperação previsível. Adicionalmente, por não ser metabolizado e ter baixa afinidade com tecidos como o adiposo, o N₂O não apresenta efeitos residuais após sua descontinuação, sendo eliminado quase integralmente entre 3 e 5 minutos pela ventilação pulmonar. O N₂O é rapidamente absorvido pela membrana respiratória, distribuindo-se rapidamente aos tecidos, especialmente os mais vascularizados, como o Sistema Nervoso Central (SNC), seu principal local de ação.

O N₂O atua como um depressor inespecífico do SNC, promovendo efeitos ansiolíticos, analgésicos e anestésicos com mínima depressão da consciência. O efeito analgésico é atribuído à liberação de peptídeos opióides endógenos, e o efeito anestésico, com potência extremamente baixa, é clinicamente útil para diminuir a percepção da dor. Já o efeito ansiolítico, que se acredita ser independente do efeito analgésico, possivelmente ocorre por facilitar a neurotransmissão inibitória GABAérgica.

Em um continuum da sedação, o paciente pode apresentar, conforme descrito por Clark e Brunik (2013), sinais como relaxamento muscular, respiração mais profunda, olhos menos ativos e com aparência brilhante, e vasodilatação no rosto e pescoço. O paciente também pode experimentar formigamento nas extremidades, dormência ao redor da boca, sensação de peso ou aquecimento corpóreo, além de uma maior cooperação durante o procedimento.

Com o aprofundamento dos níveis de sedação, sinais de sobressedação podem ser observados, incluindo desligamento, dissociação do ambiente, alucinações, zumbido, sonolência e náusea, podendo evoluir para lentidão nas respostas, fala pastosa e vômito. É fundamental que o profissional mantenha observação e monitoramento contínuos para, ao menor sinal de sobressedação, diminuir a oferta do óxido nitroso, mantendo a segurança e o conforto do paciente.

22.3.1.2 Vantagens clínicas e limitações

O uso da sedação inalatória com N₂O/O₂ oferece diversas vantagens clínicas, como rápida indução e recuperação, elevada aceitabilidade e previsibilidade dos efeitos. Por sua propriedade titulável e reversão sem fármacos antagonistas, confere um elevado perfil de

segurança. Contudo, não descarta a necessidade de anestésicos locais em procedimentos dolorosos e exige a aceitação da máscara nasal e boa respiração do paciente. A técnica também demanda investimento em cursos de formação específica e em equipamentos de segurança e monitoramento, como monitores multiparamétricos.

O N₂O é altamente permeável e pode expandir cavidades corporais, o que fundamenta as principais contraindicações: distensão intestinal, pneumotórax e expansão do espaço aéreo no ouvido médio. Em relação aos sistemas, não afeta a frequência e profundidade respiratória por ação direta nem a hemodinâmica cardiovascular em concentrações terapêuticas. No entanto, é contraindicado em infecções do trato respiratório superior, obstruções nasais severas e em pacientes com DPOC grave. Em relação ao sistema hematopoiético, a exposição prolongada (>2 horas) pode inibir o metabolismo da vitamina B12, mas esse risco não se aplica a procedimentos odontológicos ambulatoriais.

A utilização da sedação inalatória com N₂O/O₂ é devidamente regulamentada no Brasil pela Lei nº 5.081/1966 e pela Resolução 51/2004 do CFO. O investimento em equipamentos e infraestrutura garante a segurança do paciente e da equipe, prevenindo riscos ocupacionais.

22.3.1.3 Indicações e Contraindicações

A sedação inalatória com N₂O/O₂ pode ser indicada para praticamente todos os pacientes de todas as idades que serão atendidos em nível ambulatorial, incluindo pacientes com fobia odontológica ou de difícil manejo, com problemas sistêmicos, deficiências ou desafios comportamentais. Seu uso aumenta a segurança ao controlar a ansiedade e, consequentemente, a liberação excessiva de adrenalina endógena, minimizando as principais intercorrências do consultório, como lipotímia e síncope. Mesmo em pacientes colaboradores, a sensação de conforto e bem-estar proporcionada pode tornar a experiência odontológica mais positiva.

Na avaliação pré-anestésica (conferir informações iniciais neste capítulo), a anamnese é fundamental para o planejamento sedativo com o óxido nitroso. Nela, o profissional deve investigar as condições que contraindicam o uso do gás, bem como a patência da via aérea, já que obstruções nasais, resfriados ou hipertrofia

de adenóides podem comprometer o benefício da técnica. A idade e o desenvolvimento também são fatores importantes, pois, embora o N₂O possa ser usado em todas as idades, crianças muito pequenas podem não compreender o uso da máscara, dificultando a cooperação. Após essa análise, a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é indispensável, pois explica ao paciente (ou aos responsáveis legais) os riscos, benefícios e alternativas disponíveis.

22.3.1.4 Aplicabilidade em diferentes faixas etárias e condições clínicas

O uso do óxido nitroso é versátil e pode ser aplicado em diferentes grupos:

- Odontopediatria: considerada a maior indicação, auxiliando no controle da ansiedade e cooperação da criança. Estudos demonstram maior eficácia em crianças acima de 4 anos, devido à maior capacidade de aceitação da máscara nasal.
- Adolescentes e adultos ansiosos: favorece o controle do medo e do reflexo nauseoso.
- Pacientes idosos: considerar associar com outras medicações sedativas, diminuindo a exposição ao nitroso, em procedimentos demorados, uma vez que aproximadamente 20% dessa população apresenta deficiência de vitamina B12 e o uso prolongado do nitroso pode interferir no seu metabolismo como explicado anteriormente.
- Pacientes com necessidades específicas, atípicos, neurodivergentes: com indicação cada vez mais crescente, representando uma ferramenta extremamente útil na aceitação do tratamento, auxiliando na gestão do comportamento. Porém, uma colaboração mínima é necessária, sendo importante considerar a associação com outras medicações sedativas quando necessário.
- Pacientes com condições médicas específicas: como cardiopatias leves, o óxido nitroso pode ser preferível por sua estabilidade hemodinâmica. Contudo, deve-se evitar em pacientes com doenças pulmonares graves ou alterações metabólicas relacionadas à vitamina B12.

Assim, o uso da Sedação Inalatória com a mistura de óxido nitroso e oxigênio, apresenta uma ampla aplicabilidade, sempre baseada em avaliação individualizada e protocolos de segurança, o que envolve avaliação e solicitação de exames prévios, bem como interação com equipe multiprofissional do paciente, visando ainda ampliar a indicação dessa estratégia por um número ainda maior de profissionais.

22.3.2 Requisitos para a instalação, funcionamento e manuseio dos componentes do equipamento de sedação inalatória com mistura de O₂ e N₂O

Aqui descrevemos de forma sistemática os requisitos para a instalação, o funcionamento e o manuseio de todos os componentes do equipamento utilizado nesta técnica, com base em normas nacionais e internacionais. Os aspectos abordados incluem a infraestrutura física, abastecimento e conexão de gases, dispositivos de segurança, monitoramento e controle ambiental.

22.3.2.1 Componentes do Sistema de Sedação por Via Inalatória

22.3.2.1.1 Fluxômetro



Figura 1: Exemplo de Fluxômetro Nacional registrado na Anvisa, completo, equipado com sistema de exaustão ativa e linha suprimento direto de O₂.

O bloco de fluxômetro é a parte fundamental do equipamento de sedação inalatória com N₂O e O₂. Atuando como painel de controle, ele permite ao profissional ajustar a quantidade de gases, garantindo que a mistura seja segura e estável, dentro das concentrações terapêuticas. Esse módulo integrado, localizado na parte frontal do equipamento, é composto por fluxômetros individuais de O₂ e N₂O que permitem a visualização e a regulação dos fluxos gasosos. Além disso, conta com mecanismos de segurança e bloqueio que, por exemplo, impedem a oferta de N₂O O sem O₂.

➤ Funcionamento do equipamento

Entrada e Controle de Fluxo: O O₂ e o N₂O chegam ao bloco de fluxômetro através de linhas pressurizadas, provenientes dos cilindros ou da rede canalizada. Antes de entrar no bloco, os gases passam por válvulas redutoras de pressão, que garantem um fluxo constante e seguro. Dentro do fluxômetro, cada gás é regulado individualmente por um rotâmetro, que consiste em um tubo transparente com uma escala graduada (verde para O₂ e azul para N₂O). O profissional ajusta o fluxo girando um botão, e o rotâmetro indica a quantidade de gás liberado em litros por minuto (L/min).

Mistura e Saída dos Gases: Após a regulação individual, os fluxos de O₂ e N₂O são unidos no interior do bloco. O sistema é equipado com um mecanismo de segurança que garante uma proporção mínima de oxigênio (normalmente $\geq 30\%$), impedindo a administração de 100% de N₂O e o risco de asfixia. A mistura final, ajustada ao volume inspiratório do paciente, é armazenada em uma bolsa reservatória (Figura 2) e, então, direcionada ao circuito respiratório (máscara nasal), sendo inalada de forma contínua. Alguns equipamentos possuem a função "Blend", que ajusta a mistura automaticamente para uma proporção pré-estabelecida.



Figura 2: Bolsa Reservatória

➤ Sistemas de Segurança do Fluxômetro:

O equipamento de sedação com N_2O/O_2 é projetado com sistemas de segurança integrados para prevenir falhas. O sistema de falha segura (fail-safe) é um recurso fundamental que corta o fluxo de óxido nitroso automaticamente se houver uma queda na pressão ou ausência de oxigênio. Além disso, em muitos modelos, um alarme sonoro/visual alerta para essas falhas. O equipamento também possui um botão de O_2 flush (fluxo rápido), que libera O_2 a 100% em alto fluxo, uma ferramenta essencial para uso em emergências.

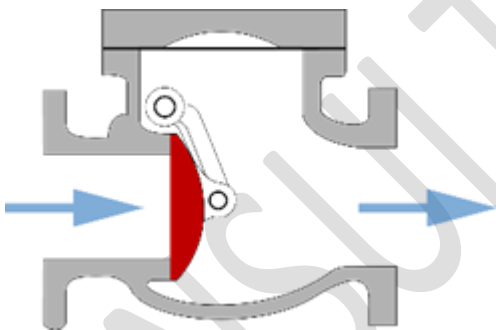


Figura 3: Válvula Unidirecional

A válvula unidirecional (Figura 3) é um componente que permite o fluxo de gás em apenas uma direção. Existem dois tipos: as válvulas inspiratórias, que direcionam o gás ao paciente, e as válvulas expiratórias, que permitem a saída do gás para o sistema de exaustão, garantindo o fluxo adequado durante o procedimento.

Em resumo

O bloco de fluxômetro pode ser denominado de “coração do equipamento de sedação”, pois é onde o profissional ajusta individualmente os fluxos de O_2 e N_2O , visualizando a vazão em L/min. Esse controle preciso garante que a mistura seja correta e segura, sendo então direcionada ao paciente para inalação.

22.3.2.1.2 Cilindros



Figura 4: Exemplos de cilindros de alumínio e aço

Os gases medicinais (O_2 e N_2O) utilizados em sedação inalatória são armazenados em cilindros de aço ou alumínio resistentes à alta pressão. Para evitar a troca acidental, cada gás segue um código de cor padronizado: o cilindro de O_2 é verde no Brasil (ou branco com faixa verde), enquanto o de N_2O é azul no mundo todo. O armazenamento desses cilindros exige cautela. Eles devem permanecer em local ventilado, seco e protegido do calor, e nunca devem ser expostos a óleos, graxas ou fontes de ignição, a fim de prevenir explosões. Em relação à pressão de armazenamento, o O_2 é guardado na forma gasosa comprimida, e a leitura do manômetro reflete diretamente a quantidade de gás restante. Já o N_2O é um gás liquefeito sob pressão, e sua pressão (cerca de 750 psi a 20 °C) permanece praticamente constante até que 80-90% do conteúdo líquido tenha sido consumido, o que torna o manômetro menos confiável para estimar o volume restante.

➤ Pressão e Capacidade dos Cilindros

Tanto o O₂ quanto o N₂O, ao sair do cilindro, passam por um regulador de pressão. Esse regulador reduz a pressão de centenas de psi/bar para um valor seguro e constante, chamado de pressão de trabalho, que fica geralmente entre 45–55 psi ($\approx$ 3 a 4 bar). Essa pressão constante é o que alimenta o bloco de fluxômetro, permitindo um ajuste preciso do fluxo.

A capacidade dos cilindros depende do seu tamanho, sendo que os de O₂ armazenam o gás em m³ (1 m³ = 1.000L), e os de N₂O, por serem liquefeitos, em kg (1 kg $\approx$ 700L). Para segurança e rastreabilidade, os cilindros possuem registros impressos obrigatórios com informações como capacidade, pressão de serviço, tara e data de teste, em conformidade com normas como a NBR 12188.

➤ Registros impressos nos cilindros

- Cilindro de N₂O: “ÓXIDO NITROSO MEDICINAL – N₂O”
- Capacidade; Pressão de serviço; Tara do cilindro, Data de teste, Norma: NBR 12188 / INMETRO
- Cilindro de O₂: “OXIGÊNIO MEDICINAL – O₂”
- Capacidade, Pressão de serviço, Pressão de teste, Tara, Data de teste, norma: NBR 12188 / ISO 9809



Figura 5: Informações Obrigatórias em um cilindro

22.3.2.1.3 Válvulas Reguladoras

As válvulas reguladoras de pressão são dispositivos metálicos indispensáveis, acoplados à saída dos cilindros de gases medicinais. Sua principal função é reduzir a alta pressão de armazenamento dos cilindros para um nível seguro e estável, de aproximadamente 3 a 4 bar. Essas válvulas também mantêm a pressão de saída constante, mesmo que o gás no cilindro seja consumido, e possuem manômetros que permitem ao profissional monitorar a pressão interna do cilindro (indicando a quantidade de gás restante) e a pressão regulada para o equipamento. O regulador funciona, assim, como a "ponte" entre o cilindro e o equipamento de sedação.



Figura 6: Válvula Reguladora O2



Figura 7: Válvula Reguladora N2O

22.3.2.1.4 Mangueiras

As mangueiras de gases medicinais são tubos flexíveis de alta resistência que transportam o gás desde o regulador do cilindro ou da rede canalizada até o fluxômetro. Elas são fabricadas com materiais que não reagem com o gás e, em alguns casos, possuem uma camada antiestática. Para garantir a segurança, as mangueiras seguem um código de cor padronizado internacionalmente, sendo verde para o O2 e azul para o N2O, o que evita trocas perigosas. Certificadas para gases medicinais por não liberarem partículas ou odores, elas trabalham na pressão de aproximadamente 50 psi, com um comprimento padrão de 3 metros, que permite mobilidade ao equipamento.



Figura 8: Cores diferentes das mangueiras de O₂ e N₂O

Sistema de engate (conexão): O sistema de conexões é chamado DISS (Diameter Index Safety System) ou equivalente. Cada gás tem diâmetro e rosca específicos, impossibilitando o encaixe errado. A conexão geralmente é rosqueada com porca e niple ou engate rápido com trava de segurança (USA).



Figura 9: Conexões das mangueiras em diâmetros diferentes

22.3.2.1.5 Máscaras de Indução

As máscaras usadas podem variar em material, formato e função, mas todas têm como objetivo permitir a inalação da mistura controlada de gases, reduzindo vazamentos e prevenindo a reinalação de ar exalado.

➤ Tipos de Máscaras Utilizadas

- Máscara Nasal Simples:

Possui apenas um circuito de entrada de gases frescos (N_2O e O_2), consequentemente a mistura de gases exalados permanece no interior da máscara. Não há sistema de exaustão, são feitas em silicone, PVC ou látex e precisam ser autoclavadas.

- Máscara Nasal com Sistema de Exaustão (Scavenging):



Figura 10: Exemplo de máscara nasal dupla Nacional

A máscara nasal de sedação difere das máscaras simples por possuir um sistema de exaustão (scavenging), que capta o gás expirado pelo paciente. Esse sistema é fundamental, pois evita que os gases exalados se misturem aos gases frescos, prevenindo o aumento da concentração de dióxido de carbono na máscara e do óxido nitroso no ambiente de trabalho.

A máscara conta com dois circuitos: um por onde chegam os fluxos regulados de O_2 e N_2O e outro por onde os gases expirados são eliminados. Esse sistema de exaustão, que mantém a máscara ajustada ao rosto do paciente por meio de uma leve pressão negativa, assegura o equilíbrio entre os circuitos inspiratório e expiratório, proporcionando maior conforto e precisão da concentração inalada. Feitas de silicone, as máscaras podem

ser autoclavadas e estão disponíveis em tamanhos variados, para pacientes infantis e adultos.

➤ Importância do sistema scavenging

O uso de máscaras simples, sem o sistema de exaustão (scavenging), pode levar à reinalação da mistura contaminada, resultando em hipercapnia (aumento de CO₂ inspirado), que pode causar cefaleia, taquicardia, sonolência e confusão mental. Além disso, a reinalação diminui a fração inspirada de O₂, o que eleva o risco de hipóxia relativa, e pode causar flutuações no nível de consciência devido à concentração irregular de N₂O, tornando a sedação instável. Para a equipe odontológica, a ausência do scavenging contamina o ambiente com N₂O residual, o que expõe os profissionais a riscos ocupacionais, como fadiga, cefaleia, tontura, e em longo prazo, alterações hematológicas (deficiência de B12 e anemia megaloblástica) e reprodutivas (infertilidade e abortos espontâneos).

Por essa razão, em países como EUA, Europa, Nova Zelândia, dentre outros, o uso da máscara com scavenging é uma exigência obrigatória em protocolos modernos de sedação consciente.

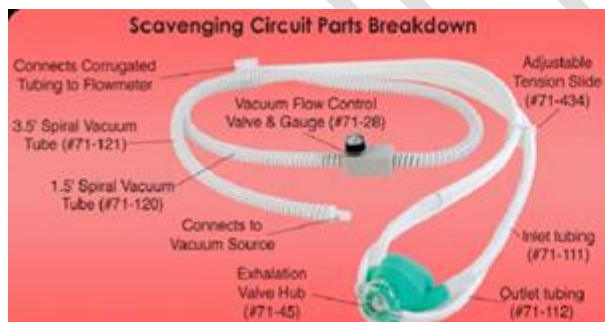


Figura 11: Válvula de regulação do vácuo

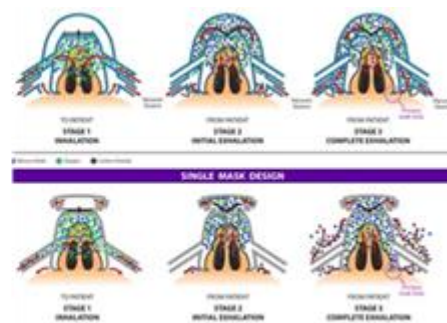


Figura 12: Diferença entre a máscara simples e dupla

22.3.2.1.6 Sistema de Exaustão

O sistema de exaustão (scavenging) para sedação com N₂O/O₂ é uma exigência de segurança fundamental em ambientes odontológicos. Sua função é reduzir a concentração de gás residual no ambiente de trabalho, prevenindo riscos ocupacionais. O sistema atua

captando o gás exalado pelo paciente diretamente da máscara nasal e conduzindo-o, por meio de uma tubulação, para um sistema de ventilação ou exaustão ativa. O funcionamento do sistema depende da máscara, que possui um duplo circuito: um para a entrada de gases frescos ($N_2O + O_2$) e outro para a saída dos gases expirados, que são sugados por uma bomba de vácuo ou um sistema de exaustão ativa, com potência igual ou superior a 45 l/m.



Figura 13: Exemplo de bomba à vácuo

22.3.2.2 Requisitos de Instalação e Manutenção

A segurança na utilização do óxido nitroso requer uma infraestrutura adequada. A tubulação dedicada do sistema deve ser estanque, conduzindo os gases até o ponto de saída. A descarga segura, preferencialmente na parte externa do edifício e acima do telhado, deve ficar longe de entradas de ar-condicionado e ventilação. O ideal para a ventilação do ambiente é uma taxa mínima de 6 a 12 trocas de ar por hora. Adicionalmente, recomenda-se arejar o ambiente odontológico com ar externo entre as sedações. É imprescindível realizar a manutenção preventiva do equipamento conforme as recomendações do fabricante e testar regularmente os circuitos, conexões, válvulas e máscaras para evitar vazamentos.

22.3.2.3 Controle de Exposição Ocupacional

Para monitorar e controlar a exposição ocupacional, o NIOSH (Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional dos EUA) recomenda um limite de 25 ppm (partes por milhão) como média ponderada em 8 horas. Para garantir que os níveis de exposição estejam abaixo desse limite, são necessárias medidas comportamentais, como:

- Evitar máscaras mal adaptadas, que reduzem a eficácia da exaustão.
- Iniciar o fluxo de óxido nitroso somente após a máscara estar devidamente selada no paciente.
- Manter o aspirador cirúrgico de alta potência ligado próximo à boca do paciente durante o procedimento.
- Realizar o monitoramento ambiental periódico com dosímetros ou sensores de óxido nitroso.
- Treinar a equipe em procedimentos de segurança e emergências.

22.3.2.4 Perspectiva Global e Regulamentação

A adoção de sistemas de exaustão é uma norma obrigatória em praticamente todos os países desenvolvidos, como Estados Unidos, Canadá, Europa e Austrália. A NIOSH e a OSHA (agências americanas) recomendam fortemente o uso de sistemas de exaustão desde os anos 1970. No Brasil, a RDC 50/2002 (ANVISA) e normas da ABNT fazem menção à necessidade de sistemas de ventilação e exaustão, embora sua aplicação na odontologia ainda seja menos exigida que em hospitais. Já em outros países da América Latina, Ásia e África, a adoção é irregular, sendo por vezes apenas uma recomendação sem fiscalização efetiva.

22.3.2.5 Requisitos para Instalação e Funcionamento

A instalação de sistemas de sedação inalatória deve seguir normas técnicas como a ISO 7396-1 e a ABNT NBR ISO 7396-1. As tubulações devem ser de cobre desoxidado,

identificadas por cor (O₂ verde e N₂O azul) e com válvulas de seccionamento em pontos estratégicos. As tomadas de gás devem ser normalizadas e incompatíveis entre si para evitar trocas.

Para clínicas pequenas, pode-se usar cilindros portáteis, desde que fixados em suportes, com válvulas reguladoras certificadas e com inspeção periódica. Antes da liberação para uso, testes de estanqueidade, pressão e pureza são obrigatórios.

22.3.2.6 Ambiente Físico, Monitorização e Alarmes

A infraestrutura física deve estar em conformidade com a RDC 50/2002 (ANVISA), exigindo ventilação adequada (com 6 a 12 trocas de ar por hora), pressão positiva nas salas clínicas e iluminação de emergência. A NIOSH recomenda a instalação de detectores de N₂O no ambiente e a utilização de alarmes visuais/sonoros em caso de falta de O₂ ou baixa pressão.

22.3.2.7 Normas e Regulamentação

A segurança das instalações deve integrar a conformidade técnica (ABNT, ISO), o controle ambiental (NIOSH, OSHA) e as condições físicas do consultório (RDC 50/2002). Normas internacionais complementares, como a NFPA 99 (EUA), fornecem detalhes de projeto e instalação de redes de gases.

Conclui-se que o projeto e a instalação de sedação inalatória devem ser baseados na conformidade técnica e na proteção ocupacional, garantindo que a infraestrutura clínica atenda a todas as condições de segurança.

➤ Normas Técnicas e Regulamentação

NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health, EUA; OSHA (Occupational Safety and Health Administration, EUA); ISO 7396-1 (Sistemas de gases medicinais); ISO 80601-2-60 (Equipamentos de sedação com N₂O); RDC 50/2002 (ANVISA, Brasil) sobre infraestrutura hospitalar.

Tabela Comparativa – Normas para Sedação

País/Órgão	Normas/Código	Abrangência
Brasil	ANVISA RDC 50/2002	Requisitos de infraestrutura e gases medicinais em serviços de saúde
Brasil	ANVISA RDC 63/2011	Boas práticas de funcionamento em serviços de saúde, incluindo gases medicinais
Brasil	ABNT/ISO NBR ISO 7396-1	Sistemas de tubulação para gases medicinais – projeto, instalação e segurança
Brasil	ABNT/ISO NBR ISO 9170-1	Tomadas de saída e conexões para gases medicinais
Brasil	ABNT/ISO NBR IEC/ISO 80601-2-60	Equipamentos de analgesia inalatória (sedação consciente com N2O2)
Brasil	NBR IEC/ISSO 80601-2-13	Equipamentos de anestesia e ventiladores anestésicos – segurança
Brasil	MTE NR-32	Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde; limites de exposição ocupacional e gases anestésicos.
Internacional	ISO 80601-2-60:2019	Requisitos de segurança para equipamentos de analgesia inalatória.
Internacional	ISSO 7396-1:2016	Tubulações de gases medicinais – padrões internacionais
Internacional	ISSO 9170-1:2008	Saídas de conexões de gases medicinais

EUA	NFPA	99	– Requisitos de gases medicinais e segurança contra incêndio
EUA	Health Care Facilities Code		
EUA	ANSI Z79.8		Analgesia Inalatória com N2O2 – normas de segurança
EUA	NIOSH		Recomendações ocupacionais (25ppm TWA) – limite de exposição ocupacional a N2O em ambiente clínico.
EUA	OSHA		Regras de segurança ocupacional para óxido nitroso
	– Occupational Standards		
Reino Unido	NHS	HTM	02-01 Especificações para gases
	Health Technical Memorandum		medicinais em hospitais

A sedação inalatória com óxido nitroso e oxigênio é um método seguro, previsível e amplamente utilizado na odontologia moderna. Entretanto, sua eficácia e, sobretudo, a segurança do paciente e da equipe clínica dependem do uso de equipamentos de alta qualidade, devidamente certificados e mantidos conforme normas técnicas. Cada componente — cilindros, válvulas reguladoras, fluxômetros, mangueiras e máscaras com sistema de exaustão — desempenha um papel essencial no sistema. A ausência de materiais certificados ou o uso de dispositivos de baixa qualidade pode comprometer o controle da mistura de gases, favorecer falhas mecânicas e elevar o risco de eventos adversos. Portanto, a escolha de equipamentos adequados, a manutenção preventiva e a observância rigorosa das recomendações normativas constituem condições indispensáveis para uma prática clínica segura e eficaz.

22.3.3 Etapas da sedação: Titulação, manutenção e recuperação (Protocolo de Sedação Inalatória com Óxido Nitroso)

22.3.3.1 Avaliação e Preparo Inicial

A sedação com óxido nitroso é titulável e reversível, proporcionando ansiólise e analgesia leve a moderada, com a manutenção dos reflexos protetores. Para garantir a

segurança e a eficácia, a técnica deve ser executada a partir de um protocolo rigoroso que inclui avaliação, preparo, indução, manutenção e recuperação. Antes de iniciar a sedação, é indispensável a realização de um checklist que deve incluir a anamnese dirigida, jejum conforme a rotina clínica e a remoção de próteses removíveis. A pré-oxigenação por 2 a 3 minutos com 100% de oxigênio é uma etapa crucial, pois aumenta o reservatório de oxigênio nos pulmões, atrasando a dessaturação da oxi-hemoglobina em um período de apneia.

22.3.3.2 Técnicas de Indução da Sedação

- O óxido nitroso pode ser administrado por duas técnicas diferentes:

22.3.3.2.1 Indução Lenta Convencional

- **Objetivo:** Alcançar gradualmente o nível de sedação desejado, minimizando o risco de sobressedação. O protocolo se inicia com a pré-oxigenação, seguida da introdução do N₂O em incrementos pequenos (5-10% a cada 60-120 segundos), mantendo sempre o 2 ≥ 30%. A faixa de manutenção típica para a maioria dos adultos é de 30-50% de N₂O.
- **Vantagens:** Maior previsibilidade e segurança, ideal para a maioria dos pacientes (adultos, idosos e pediatria colaborativa).
- **Limitações:** Tempo de indução mais longo, pode ser inadequada para pacientes extremamente ansiosos ou não cooperativos. Requer maior tempo de preparação.

22.3.3.2.2 Indução Rápida

- **Objetivo:** Alcançar rapidamente o nível de sedação desejado em situações onde a cooperação inicial é limitada. A técnica de Quarnstrom, por exemplo, consiste na administração de três respirações consecutivas de 70% N₂O/30% O₂, seguida de redução imediata para 30% N₂O/70% O₂. A sedação é alcançada em 30 segundos ou menos, sendo ideal para pacientes pediátricos ou com necessidades específicas não cooperativos e adultos com fobia severa.

- Vantagens: Sedação muito rápida, eficaz para pacientes não cooperativos e para início imediato do procedimento.
- Limitações: Menor controle da profundidade da sedação e maior risco de sobressedação inicial. Requer monitoramento intensivo e a presença de equipe auxiliar treinada.

Comparação Entre Técnicas de Indução

Aspecto	Indução Lenta	Indução Rápida
Tempo de indução	3-5 minutos	≤30 segundos
Concentração inicial	5-10% N ₂ O	70% N ₂ O (3 respirações)
Controle da sedação	Excelente	Limitado inicialmente
Segurança	Muito alta	Alta (com precauções)
Indicação principal	Pacientes cooperativos	Pacientes não cooperativos
Monitorização	Padrão	Intensiva
Risco de oversedação	Baixo	Moderado
Aplicabilidade	Universal	Casos específicos

Figura 14: Comparação entre técnicas de indução

22.3.3.3 Manutenção da Sedação

A manutenção da sedação requer monitoramento contínuo dos parâmetros vitais (SpO₂, frequência cardíaca e pressão arterial). O paciente deve permanecer relaxado, mas responsivo, com fala clara e via aérea pérvia. É crucial evitar conversas longas que possam levar à respiração bucal e à perda do efeito. Sinais como sonolência acentuada ou fala arrastada são alertas para sobressedação.

22.3.3.4 Recuperação e Período Pós-Sedação

Após o procedimento, o desmame deve ser feito com a interrupção gradual do N₂O e a administração de 100% de oxigênio por 3 a 5 minutos, para prevenir a hipóxia de difusão. A recuperação completa deve ser monitorizada até a normalização dos parâmetros vitais e da coordenação motora. O Teste de Trieger é uma ferramenta útil para avaliar a coordenação motora e a função cognitiva antes da liberação do paciente. O teste é repetido até a completa normalização das funções, e o paciente só deve ser liberado após esse resultado.

22.3.3.5 Escalas de Avaliação da Sedação

As escalas de avaliação são instrumentos essenciais na APA, durante a sedação e na recuperação. A Escala de Ramsay avalia a resposta do paciente a estímulos verbais e físicos, sendo muito útil em pacientes com déficit de cognição. A Escala PSSS (Pediatric Sedation State Scale) é outro instrumento valioso para crianças, avaliando parâmetros comportamentais e fisiológicos. Um escore baixo indica sedação excessiva, um escore intermediário indica sedação adequada e um escore alto sugere sedação insuficiente.

22.4 Fluxo de Atendimento e Registro em Prontuário

O planejamento do fluxo de atendimento odontológico, com gradações de baixa, média e alta complexidade, é fundamental para que a demanda seja qualificada. A sedação, quando utilizada, pode otimizar esse fluxo e diminuir em até 85% a indicação de atendimento em bloco cirúrgico.

No contexto do programa Brasil Sorridente, o matriciamento surge como uma estratégia de apoio e integração entre a Atenção Primária (UBS) e os serviços especializados, como os Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs) e os Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (SESB) (CEOs). Nela, profissionais capacitados em sedação utilizam a técnica para qualificar a demanda, definindo quais pacientes podem ser atendidos em Centros de Especialidades Odontológicas (pacientes ASA I e ASA II) e quais necessitam, de fato, de atendimento hospitalar (casos de maior complexidade).

22.4.1. Sistematização do Prontuário em Sedação

Para garantir a segurança e a rastreabilidade do procedimento, o prontuário do paciente deve ser único e conter fichas específicas para o registro do atendimento sob sedação. As fichas devem incluir:

1. Ficha de APA: a. Identificação do responsável pela sedação e do paciente; b. Dados antropométricos, antecedentes pessoais e familiares; c. Exame físico, incluindo avaliação das vias aéreas; d. Diagnóstico cirúrgico e doenças associadas; e. Tratamento (incluindo fármacos de uso atual ou recente) - MUR; f. Jejum pré-operatório; g. Resultados dos exames complementares e opinião de outros especialistas; h. Estado físico (Classificação ASA); i. Escalas de Avaliação (PSSS ou Ramsay); j. Prescrição pré-anestésica; k. Consentimento informado específico para a anestesia.
2. Ficha de Sedação: a. Identificação do profissional responsável e do paciente; b. Início e término do procedimento; c. Cálculo de doses e fármacos utilizados; e. Recursos de monitoração adotados; d. Registro da oxigenação, gás carbônico expirado final, pressão arterial (PANI e PAM); e. frequência cardíaca a intervalos não superiores a dez minutos; f. Soluções e fármacos administrados (momento, via e dose); g. Intercorrências e eventos adversos associados ou não à anestesia.
3. Ficha de recuperação pós-anestésica: a. Identificação do profissional com a entrega de alta e avaliação; b. Identificação do paciente; c. Momentos da admissão e da alta por escrito; d. Recursos de monitoração adotados; e. Registro da consciência, pressão arterial, frequência cardíaca, oxigenação, atividade motora e intensidade da dor a intervalos não superiores a quinze minutos; f. Soluções e fármacos administrados (momento, via e dose); g. Intercorrências e eventos adversos associados ou não à anestesia; h. Escalas de Avaliação.

22.4.2. Requisitos Estruturais

Quando pensamos no ambiente que será realizado os procedimentos sob sedação, devemos considerar requisitos específicos que irão garantir a segurança do paciente, da equipe e que esteja em conformidade com a legislação vigente.

A sala de atendimento deve possuir dimensões suficientes para comportar de forma organizada, o equipamento odontológico, a equipe e os equipamentos de emergência, permitindo ampla circulação para acesso rápido ao paciente em qualquer eventualidade. A ventilação ambiental é requisito indispensável. Recomenda-se ventilação natural, por meio de janelas amplas, ou ventilação mecânica com sistema de exaustão e renovação de ar, evitando acúmulo de gases medicinais e garantindo maior conforto ao paciente. É fundamental que o sistema de ventilação não direcione o ar contaminado para áreas adjacentes, reduzindo risco de exposição ocupacional.

A iluminação precisa contemplar tantos recursos gerais quanto focais, permitindo visibilidade durante o procedimento e em situações de emergência. Além disso, recomenda-se que a sala de sedação esteja localizada em área que permita rápido acesso a corredores amplos e elevadores, possibilitando a remoção do paciente em maca ou cadeira de rodas até unidade de suporte avançado de vida, quando necessário. Essa previsão arquitetônica é um requisito fundamental de segurança, especialmente em contextos ambulatoriais (BRASIL, 2002).

Todos os protocolos de biossegurança devem ser rigorosamente seguidos. O uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) é obrigatório para toda a equipe, incluindo luvas, máscaras, gorros, óculos de proteção e aventais. Perfurocortantes devem ser descartados em recipientes rígidos, devidamente identificados, seguindo as normas da RDC nº 222/2018, que regulamenta resíduos de serviços de saúde. O ambiente deve ser higienizado entre os atendimentos, com desinfecção das superfícies e troca de barreiras de proteção. Tubos, válvulas e circuitos respiratórios devem ser de uso único ou submetidos a esterilização conforme as normas da ANVISA (BRASIL, 2010; BRASIL, 2002; BRASIL, 2018).

A estrutura deve contar obrigatoriamente com equipamentos de suporte à vida, incluindo: fonte de oxigênio com máscaras de diferentes tamanhos; sistema de aspiração de alta potência; oxímetro de pulso – preferencialmente complementado por monitor multiparamétrico com capnografia; esfigmomanômetro e estetoscópio; kit de vias aéreas com cânulas orofaríngeas e nasofaríngeas, além de dispositivo bolsa-válvula-máscara; e desfibrilador externo automático (DEA), quando indicado. A farmácia de emergência deve conter medicamentos essenciais, que serão discutidos ainda neste capítulo. A equipe deve ser devidamente treinada no reconhecimento e manejo de intercorrências, incluindo suporte básico e avançado de vida (ASA, 2018; AAPD, 2018).

Em relação aos gases medicinais, como o oxigênio e óxido nitroso, devem ser armazenados em local ventilado, protegido de fontes de calor, umidade e ignição. Além disso, é obrigatório a posição vertical, com fixação por suportes. O transporte deve ser realizado exclusivamente com carrinhos apropriados, mantendo as válvulas protegidas por capas de segurança. O descarte de cilindros não deve ser realizado pelo serviço odontológico. Cabe ao fornecedor autorizado a coleta e recarga, conforme normas da ANVISA e ABNT. Recomenda-se treinamento periódico da equipe para o manuseio seguro dos gases e manutenção preventiva de fluxômetros, válvulas e conexões (ABNT, 2016; BRASIL, 2010).

Checklist:

Categoria	Não esquecer
Ambiente	Sala ampla, ventilação adequada, iluminação geral e focal, acesso para maca
Biossegurança	EPIs completos, descarte seguro de perfurocortantes, higienização de superfícies, circuitos estéreis/descartáveis
Emergência	Oxigênio, aspirador, oxímetro, monitor multiparamétrico, DEA, kit de vias aéreas, farmácia de emergência
Gases Medicinais	Armazenados em local ventilado e fixados, transporte em carrinho adequado, descarte via fornecedor, manutenção periódica, treinamento da equipe

22.5. MONITORAMENTO E SEGURANÇA EM SEDAÇÃO ODONTOLÓGICA

A segurança em sedação está sempre em primeiro lugar, sendo essencial que o paciente seja submetido a um processo pré, trans e pós sedação, que podemos chamar de trilha da sedação segura.

Na avaliação pré-sedação, a anamnese deve ser minuciosa, sendo bem-feita, acompanha-se de decisões corretas; essenciais para o planejamento sedativo. Destaca-se, além das perguntas tradicionais, investigação de doenças de base, doenças respiratórias, cardiovasculares, internações, alergias, uso de medicamentos (foco nas interações

medicamentosas), experiência prévia com sedação, expectativa do paciente ou da família, procedimento a ser realizado, tolerância psicológica ao uso de medicamentos por via oral ou inalatória. Todos os pontos devem ser ajustados nesta fase, sendo essencial então uma primeira consulta pré-sedativa. Após isso, seguiremos com exame físico geral, realizando a inspeção visual, parte da avaliação antropométrica com peso, altura e cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), a aferição de sinais vitais e da saturação de oxigênio. A seguir iremos detalhar os pontos mais importantes, critérios para alta e registro clínico em prontuário.

22.5.1. Monitoramento clínico e sinais vitais

Os sinais vitais representam medidas objetivas do funcionamento do organismo, sendo essenciais para intervenção precoce e preservação da vida. Tradicionalmente, são considerados sinais vitais a frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial e temperatura corporal. No entanto, deve-se incluir também o nível de consciência, a pressão arterial média e a saturação de oxigênio. Alguns sinais vitais podem ser aferidos por aparelhos semiautomáticos, sendo essencial termos equipamentos calibrados e com selo Inmetro. Em sedação apenas inalatória é essencial termos os sinais vitais basais e durante a sedação, pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e nível de consciência; já a estratégia multimodal exige os demais sinais vitais e frequentemente também a capnografia. Todos os parâmetros devem ser registrados no relatório sedativo, de 10 em 10 minutos, sendo obtido o valor final antes da liberação do paciente. A tabela XX descreve a técnica de verificação e os valores de referência dos sinais vitais.

Tabela: Parâmetros, técnicas de aferição e valores de referência dos sinais vitais.

PARÂMETRO	LOCAL DE AFERIÇÃO	AValiação	TÉCNICA	VALORES DE REFERÊNCIA
Frequência Cardíaca	Artérias radial (preferencial), carotídea (emergência), braquial (lactentes)	Frequência, ritmo, intensidade, simetria e tensão do pulso. Identificação de taquicardia, bradicardia ou	Palpação com polpas dos dedos indicador e médio, pressão suave, contagem por 60s (ou 30s x2)	RN: 100–180 bpm; Lactentes: 100–160 bpm; Crianças: 70–120 bpm; Adolescentes: 60–100 bpm; Adultos/Idosos: 60–100 bpm

		ausência de pulso		
Pressão Arterial	Artéria braquial (padrão)	Avaliação da pressão sistólica e diastólica; identificação de normotensão, pré-hipertensão e hipertensão	Paciente sentado, braço na altura do coração; manguito adequado (40% da circunferência do braço); método auscultatório com sons de Korotkoff	Normal: <120/80 mmHg; Elevada: 120–129/<80 mmHg; HAS estágio 1: 130–139/80–89 mmHg; HAS estágio 2: ≥140/≥90 mmHg
Frequência Respiratória	Observação torácica ou abdominal	Frequência, ritmo, profundidade e esforço respiratório; identificação de dispneia, taquipneia, bradipneia ou apneia	Contagem dos movimentos respiratórios por 60 segundos, preferencialmente sem o paciente perceber	RN: 40–60 rpm; Lactentes: 30–40 rpm; Crianças: 20–30 rpm; Adultos: 16–20 rpm
Temperatura Corporal	Axila (mais comum), oral, timpânica, retal	Identificação de normotermia, febre ou hipotermia	Termômetro digital em contato direto com a pele (axila), manter braço junto ao corpo até sinal sonoro	Normal: 36,0–37,5°C; Febre: ≥37,5°C; Hipotermia: <35°C
Saturação de Oxigênio (SpO₂)	Dedo (preferencial), lóbulo da orelha	Avaliação da oxigenação sanguínea; identificação de hipóxia	Uso de oxímetro de pulso; paciente em repouso, extremidade aquecida, sem esmalte	Normal: 95–100%; Alerta: <95%; Hipóxia: <90%
Dor (5° sinal vital)	Relato do paciente	Intensidade, localização e impacto funcional da dor	Aplicação de escalas (numérica, visual analógica, faces)	0 (sem dor) a 10 (dor máxima)

➤ Monitoramento da Frequência Cardíaca

Para verificar a frequência cardíaca, utilize a polpa dos dedos indicador e médio sobre a artéria, aplicando uma pressão suave. O pulso radial é o mais comum, mas em

emergências, o pulso carotídeo é preferível. Em crianças menores de um ano, o pulso braquial é o mais indicado. A avaliação deve considerar a frequência, o ritmo, a intensidade, a simetria e a tensão do pulso.

Os valores de referência variam por faixa etária:

- Recém-nascidos (0–1 mês): 100 – 180 bpm
- Lactentes (1–12 meses): 100 – 160 bpm
- Crianças pequenas (1–10 anos): 70 – 120 bpm
- Adolescentes (11–18 anos): 60 – 100 bpm
- Adultos: 60 – 100 bpm
- Idosos: 60 – 100 bpm (podendo ser mais baixos em repouso)

A taquicardia é definida como valores acima do limite superior da faixa etária, e a bradicardia como valores abaixo do limite inferior. A ausência de pulso indica parada cardiorrespiratória.

➤ Monitoramento da Pressão Arterial

Para aferir a pressão arterial, posicione o paciente sentado e relaxado, com os pés apoiados no chão e o braço na altura do coração. O manguito deve ter largura correspondente a 40% da circunferência do braço e ser colocado 2 a 3 cm acima da fossa cubital. Inicialmente, palpa-se a artéria radial e insufla-se o manguito até o pulso desaparecer, obtendo-se a estimativa da pressão sistólica. Em seguida, posiciona-se o estetoscópio sobre a artéria braquial, insufla-se o manguito 20 a 30 mmHg acima do valor estimado e desinsuflando-se lentamente (2 a 3 mmHg por segundo). O primeiro som de Korotkoff auscultado corresponde à pressão sistólica, e o desaparecimento dos sons indica a pressão diastólica.

A classificação da pressão arterial (PA) para adultos a partir de 18 anos é a seguinte:

Quadro 3.2 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação da PA	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA normal	< 120	e	< 80
Pré-hipertensão	120-139	e/ou	80-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	110

DBHA: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial; HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica. * A classificação é definida de acordo com a PA no consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica ou diastólica. **A HA sistólica isolada, caracterizada pela PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, é classificada em Estágio 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAS nos intervalos indicados. ***A HA diastólica isolada, caracterizada pela PAS < 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg, é classificada em Estágio 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAD nos intervalos indicados (DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2025).

➤ Monitoramento da Frequência Respiratória

Para avaliar a frequência respiratória, observe os movimentos do tórax ou do abdome do paciente. Conte o número de respirações durante um minuto inteiro, se o ritmo for regular. Além da frequência, analise o ritmo, a profundidade e o esforço respiratório.

Os valores de referência variam conforme a faixa etária:

- Recém-nascidos: 40 – 60 respirações por minuto (rpm)
- Lactentes: 30 – 40 rpm
- Crianças: 20 – 30 rpm
- Adultos: 16 – 20 rpm

A dispneia é a dificuldade para respirar, a taquipneia é o aumento anormal da frequência respiratória, a bradipneia é a diminuição da frequência e a apneia é a ausência de respiração.

➤ Monitoramento da Temperatura Corporal

Utilize um termômetro digital na axila, em contato direto com a pele, sem roupas no local. Mantenha o braço do paciente junto ao corpo até o sinal sonoro do aparelho. Após o registro, interprete o resultado: considera-se febre a temperatura igual ou superior a 37,5°C, e hipotermia a temperatura abaixo de 35°C (SBP, 2025).

➤ Saturação de Oxigênio

Sensor colocado geralmente no dedo, também pode ser posicionado no lóbulo da orelha ou em outros locais, dependendo da idade e condição do paciente. Durante o exame, é importante manter o paciente em repouso, com as mãos aquecidas e sem esmalte ou objetos que possam interferir na leitura. Valores de referência: normais em crianças e adultos situam-se entre 95% e 100%, valores abaixo de 85% representam hipóxia grave.

A pressão arterial média (PAM) é visualizada através do monitor multiparamétrico ou pode ser estimada pelo cálculo manual, sendo o valor médio da pressão arterial no decorrer de um ciclo cardíaco completo, incluindo sístole e diástole. É considerada um parâmetro mais fidedigno da perfusão do que apenas os valores sistólico e diastólico isolados. O cálculo pode ser feito pela fórmula: $PAM = (Pressão\ Sistólica + 2 \times Pressão\ Diastólica) / 3$. Em condições normais, os valores de referência situam-se entre 70 e 100 mmHg (PORTO; PORTO, 2017).

➤ Avaliação dos níveis de consciência

A avaliação do nível de consciência em sedação é fundamental na prática clínica, existindo escalas validadas que permitem uma observação objetiva e segura do estado do paciente, sendo as mais utilizadas a Escala de Coma de Glasgow (GCS), a Escala de Ramsay e a Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS). Antes, é importante entendermos o que é consciência, sendo definida como o estado de pleno conhecimento de si e do ambiente. Clinicamente, ela é analisada por dois componentes fundamentais: o nível de consciência, que se refere ao grau de alerta e resposta comportamental do indivíduo; e o conteúdo da consciência, que compreende as funções cognitivas e afetivas. Em sedação é essencial avaliar a consciência, verificando o nível de sedação e agitação. Desta forma, sugerimos o

uso da escala de RASS pois permite avaliar tanto estado de agitação quanto de sedação, com pontuação que vai de +4 (agitação extrema) a -5 (sedação profunda ou coma), oferecendo maior detalhamento clínico e sensibilidade na monitorização progressiva da resposta do paciente (Figura XX) (NASSAR JUNIOR *et al.*, 2008).

Durante a sedação, é indispensável manter registros clínicos completos e sistematizados, documentando desde a avaliação pré-sedação até a recuperação final do paciente. Inicialmente, devem constar no prontuário a anamnese específica (Figura XX), com ênfase em comorbidades, alergias, uso de medicamentos, avaliação do risco anestésico, peso, altura, IMC, além do termo de consentimento informado (Figura XX) assinado pelo paciente ou responsável. No intraoperatório, deve-se registrar de forma periódica e sequencial, de 10 em 10 minutos, porcentagem de óxido nitroso e os sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio), ainda encorajamos a verificação da pressão arterial média, capnografia e temperatura. No regime sedativo (Figura XX), devemos registrar o tipo, dose, via e horário de administração dos fármacos utilizados, bem como qualquer evento adverso, intercorrência ou necessidade de intervenção adicional.

Também é recomendado anotar, tempo de sedação, a escala de sedação utilizada (como Ramsay ou RASS) e intercorrências. Ao final do procedimento, devem ser registrados o tempo de recuperação, os critérios de alta aplicados, a orientação pós-operatória dada ao acompanhante, e o nome do profissional responsável. Todos os dados devem estar claros, cronológicos e assinados, garantindo rastreabilidade e segurança jurídica do atendimento.

Ao final da sedação, o ideal é que o paciente se recupere em uma unidade de repouso pós- anestésico, onde a monitorização será realizada de 15 em 15 minutos até a alta do paciente. O tempo de recuperação após a sedação varia conforme o tipo, profundidade e duração do procedimento, além das características do paciente. Em geral, sedações mínimas a moderadas permitem recuperação em 15 a 60 minutos. Vale ressaltar que se a sedação foi realizada apenas com óxido nitroso a alta é extremamente rápida, conforme já relatado anteriormente. Os pacientes podem permanecer nesta unidade até que sejam capazes de tolerar a ingestão de líquidos, de caminhar e de urinar. A alta só deve ser concedida quando os critérios clínicos forem atendidos, geralmente com base na Escala de Aldrete modificada, que avalia consciência, respiração, circulação, saturação de oxigênio e atividade motora, exigindo pontuação mínima de 9 para liberação. Também é importante

garantir que não haja náuseas, dor ou desconforto significativos, e que o paciente esteja hidratado e acompanhado por um adulto responsável. Orientações pós-sedação devem ser fornecidas, incluindo evitar dirigir, operar máquinas ou realizar atividades de risco por 12 a 24 horas (BARASH *et al.*, 2015).

22.5.2. Equipamentos para emergências médicas incluindo suporte básico de vida

Situações de emergência médica podem surgir no cotidiano de qualquer cirurgião-dentista, mesmo quando o procedimento odontológico não está sendo realizado sob qualquer tipo de sedação. Assim, é imprescindível que o profissional e sua equipe, composta por auxiliares e técnicos em saúde bucal, além de outros colaboradores, estejam preparados para prevenir e agir adequadamente, tendo treinamento constante e equipamentos apropriados. Dessa forma, garantindo a saúde e a segurança dos pacientes, evitando que intercorrências evoluam para situações graves (OLIVEIRA, 2024). Além disso, grupos vulneráveis, como crianças, idosos e pacientes com comorbidades ou deficiência, apresentam maior risco de complicações devido à sensibilidade a medicamentos e à maior fragilidade física (CAPUTO, 2009). Desta forma, poderá tomar decisões rápidas e éticas, minimizando riscos e promovendo a segurança do paciente (HASS, 2010).

Nesse contexto, o treinamento em Suporte Básico de Vida (SBV) é fundamental, pois fornece as diretrizes práticas para o reconhecimento precoce e a condução adequada das situações de parada cardiorrespiratória (PCR) até a chegada do suporte avançado. Utilizam-se manobras específicas, realizadas de forma imediata por meio de compressões torácicas, seguidas ou não de desfibrilação (GONZALEZ 2013). Na Odontologia, esse conhecimento é de fundamental importância, ainda mais no contexto da sedação. Pacientes atendidos são constantemente submetidos ao estresse gerado pela fobia e à administração de anestésicos locais; esses fatores podem interferir no sistema cardiovascular e, consequentemente, induzir a uma PCR (PIMENTEL 2014). É essencial também ter os equipamentos básicos para o SBV, tais como ambu adulto e infantil e desfibrilador externo automático (DEA), preferencialmente com pás adulto e pediátrica. É bastante recomendado também ter um cilindro de oxigênio no consultório.

22.5.3 Parada cardiorrespiratória

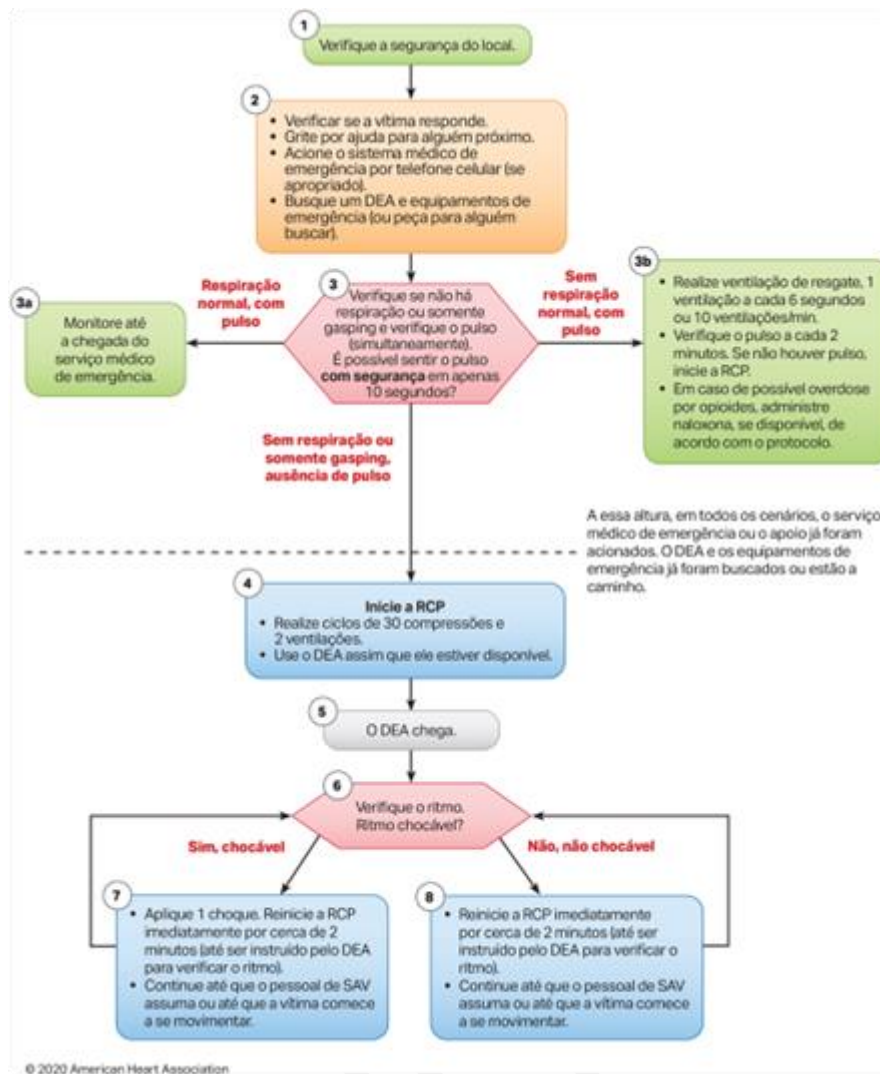
A PCR é definida como interrupção da circulação sanguínea em consequência da interrupção súbita e inesperada dos batimentos cardíacos ou da presença de batimentos cardíacos ineficazes, acometendo pessoas em qualquer ambiente, sendo originada por diversas etiologias (MEANEY 2013). Inúmeros fatores podem desencadear uma PCR, podendo-se destacar os acidentes e complicações das anestésias locais, a obstrução das vias aéreas por corpos estranhos, o atendimento a pacientes extremamente ansiosos, sistemicamente comprometidos, além de reações alérgicas e o efeito de algumas drogas sedativas com doses inadequadas. Todos esses fatores podem ser minimizados com a execução da anamnese e exame físico criteriosos, essencial no processo de sedação (COLET 2011).

Segundo a American Heart Association (AHA), se identificarmos um paciente no consultório em PCR, sendo ausência de pulso carotídeo e respiração checados em até 10 segundos devemos seguir a cadeia de sobrevivência. Esta cadeia demonstra a sequência de ações que devemos seguir para proporcionar à vítima de PCR maior chance de sobrevivência. No Brasil, o número telefônico para emergências médicas é 192 e aciona o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) da região em que o socorrista estiver. Em municípios em que não há Samu, deve-se entrar em contato com o corpo de bombeiros pelo número 193.

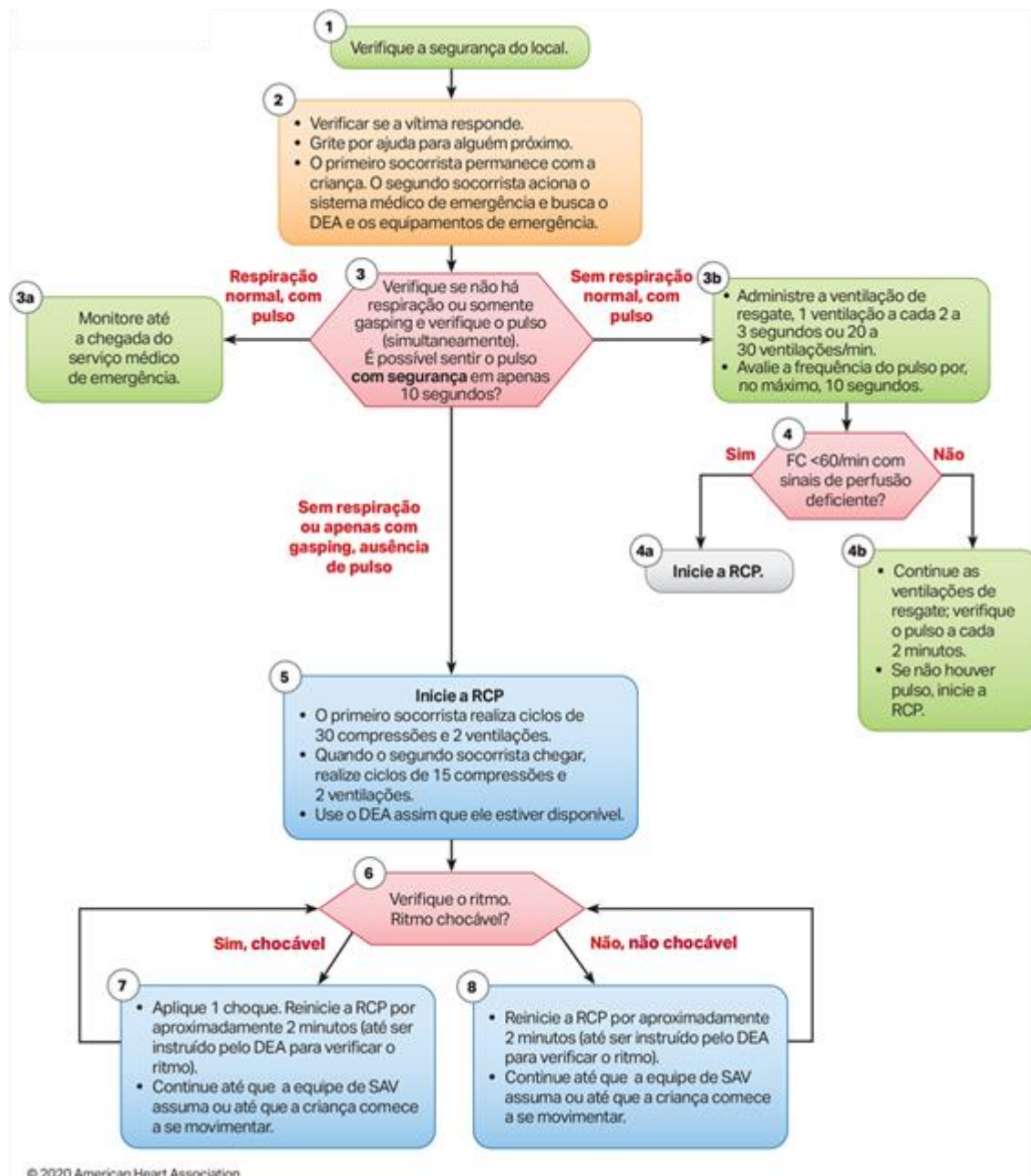


A AHA através do seu algoritmo de SBV adulto para profissionais da saúde detalha as etapas para o atendimento de um adulto e uma criança inconsciente, conforme figuras abaixo:

Algoritmo de SBV adulto para profissionais da saúde



Algoritmo de SBV pediátrico para profissionais da saúde



É fundamental que o reconhecimento e o acionamento do serviço de emergência média sejam imediatos, a RCP inicie precocemente com compressões torácicas de qualidade. Para isso, a AHA encoraja o cirurgião-dentista e equipe a realizarem treinamentos de SBV de 2 em 2 anos; sendo inegociável para o profissional que trabalha com sedação (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2020).

13.5.4 Conduitas em situações de emergência médicas em sedação

Os benzodiazepínicos, amplamente empregados em sedação consciente, atuam como modulador positivo do receptor GABA, promovendo sedação, amnésia e relaxamento muscular. Em doses elevadas ou uso concomitante com outros depressores do sistema nervoso central podem reduzir a responsividade do centro respiratório ao CO₂, levar à hipoventilação, hipoxemia e em casos mais graves, apneia (BOON, 2020).

Nesses casos, além de suporte ventilatório e oxigenação suplementar, pode ser indicado o uso de flumazenil, antagonista competitivo dos receptores benzodiazepínicos, capaz de reverter rapidamente a sedação e restaurar reflexos protetores das vias aéreas. A dose recomendada é de 0,1 a 0,2 mg intravenosa administrada lentamente, podendo ser repetida a cada minuto até resposta clínica adequada, com dose máxima de 1 a 2 mg. Em pediatria, utiliza-se cerca de 0,01 mg/kg (SEELHAMMER et al., 2018).

Entretanto, o uso do flumazenil exige cautela. Está contraindicado em pacientes com uso crônico de benzodiazepínicos, histórico de epilepsia ou em casos de altas doses de antidepressivos tricíclicos (KAPUR, 2018). Além disso, sua meia-vida é inferior à de muitos benzodiazepínicos, podendo ocorrer re-sedação, o que justifica monitorização prolongada. Efeitos adversos incluem convulsões, arritmias e sintomas de abstinência aguda (HOWARD, 2016).

22.6. REQUISITOS LEGAIS, ÉTICOS E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

A prática da sedação em Odontologia exige não apenas infraestrutura adequada, mas também responsabilidade legal, ética e capacitação profissional. O cumprimento desses requisitos é indispensável para a segurança do paciente e a legitimidade da conduta do profissional.

O cirurgião-dentista que realiza sedação com óxido nitroso e oxigênio deve possuir formação específica, de acordo com as normas estabelecidas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO). A Resolução CFO nº 51/2004 estabelece que a habilitação em sedação consciente deve ser obtida por meio de curso regular, credenciado e autorizado, com carga horária mínima de 96 horas teórico-práticas, incluindo treinamento clínico supervisionado.

O conteúdo programático deve abranger farmacologia dos agentes utilizados, monitorização do paciente, avaliação pré-sedativa, manejo de emergências médicas (Conselho Federal de Odontologia (CFO). Resolução CFO nº 51, de 25 de outubro de 2004).

A responsabilidade do cirurgião-dentista ultrapassa a execução técnica da sedação. É importante realizar a avaliação criteriosa do paciente, reconhecendo contraindicações médicas ou odontológicas, bem como definir a melhor conduta frente às necessidades individuais. Em caso de intercorrências, o profissional é ética e legalmente responsável por adotar medidas imediatas de suporte à vida, além de acionar, sempre que necessário, recursos médicos de maior complexidade, assegurando a integridade do paciente (American Society of Anesthesiologists, 2018).

Requisitos Legais e Profissionais - Sedação com óxido Nitroso e Oxigênio	
Exigência Legal	O CFO regulamenta a prática da sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio por meio da Resolução CFO nº 51/2004.
Formação Necessária	Curso regular, credenciado e autorizado, com carga horária mínima de 96 horas (teórico-práticas) + treinamento clínico supervisionado.
Objetivo Final	Garantir a segurança do paciente e a legitimidade da prática profissional.

Algo que devemos estruturar seria a lógica de sustentabilidade desse serviço. Existe hoje, um código para internação hospitalar e atendimento odontológico sob anestesia geral, sem a possibilidade de lançamento de produção em odontologia, como procedimentos cirúrgicos e restauradores. A remodelação do sistema se faz necessária para que o gestor enxergue esta produção da odontologia no atendimento de PCD sob anestesia geral e à nível ambulatorial. Os convênios seguem a dinâmica do SUS, precisamos alterar o entendimento da cobertura, no que tange às possibilidades de atendimento e suas devidas complexidades. Atualmente temos o código 04.14.02.041-3 - tratamento odontológico para PCD, para o atendimento hospitalar sob anestesia geral, com um repasse inferior ao que é de fato realizado. Já nos CEOs não é possível lançar código algum para sedação. Se não incluir o procedimento de sedação ambulatorial, este procedimento vai permanecer

invisível e consequentemente inexistente. Se entregamos a possibilidade de fluxo e matriciamento, entre os 3 níveis de complexidade, sugerimos que a Tabela de Procedimentos seja revisada para contemplar, além do atendimento hospitalar, os procedimentos odontológicos executados sob anestesia geral. E no caso dos ambulatórios, que a sedação em ambiente ambulatorial conste desta mesma tabela. Esta tabela deve conter os procedimentos de anestesia geral, para atendimento de PCD, e a sedação ambulatorial, que não substituem de modo algum, os códigos dos procedimentos odontológicos executados, não importando se o atendimento aconteceu na baixa, média ou alta complexidade.

22.6.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O consentimento informado é um direito do paciente e dever do profissional. Ele deve ser obtido antes da realização da sedação, garantindo autonomia do indivíduo e resguardando o profissional de implicações ético-legais (American Society of Anesthesiologists, 2018). Dessa forma, segue um Checklist de itens importantes que devem estar presentes no Termo de Consentimento para Sedação:

	Linguagem clara e acessível, compreensível para o paciente e/ou responsável legal.
	Descrição do procedimento, com a técnica de sedação e os fármacos a serem utilizados.
	Indicação dos benefícios esperados.
	Especificação das possíveis complicações ou riscos.
	Informação sobre alternativas de tratamento, incluindo a não realização da sedação.
	Destaque da necessidade de cooperação do paciente e de eventuais limitações durante o procedimento.
	Assinatura do paciente (ou responsável legal).
	Assinatura do cirurgião-dentista.
	Registro da data e identificação em duas vias

Além do documento escrito, recomenda-se que o cirurgião-dentista realize uma conversa prévia explicativa, registrando no prontuário que as informações foram devidamente prestadas e compreendidas. Mais do que um documento formal, o consentimento informado deve ser entendido como um processo de comunicação entre profissional e paciente, em que as informações são explicadas de forma compreensível e confirmada a plena compreensão por parte do indivíduo ou de seu responsável (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS, 2018).

22.7. ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB ANESTESIA GERAL

O tratamento odontológico sob anestesia geral (AG) é indicado para pacientes pediátricos ou adultos com deficiências físicas, mentais, cognitivas e/ou sensoriais avançadas (Brasil, 2008; Bardakci et al., 2025) e o encaminhamento ao serviço terciário deverá ser realizado após excluídas todas as possibilidades de tratamento ambulatorial (com ou sem sedação) (Castro et al., 2010; Lim e Borromeo, 2017; Al-Lwemi et al., 2022). Há frequente discussão clínica e na literatura quanto à indicação da sedação profunda ou AG em Pessoas com Deficiências (PcD) e até o momento sem um consenso, o que sempre exigirá criteriosa decisão interdisciplinar do Cirurgião-Dentista, Neurologista, Anestesista, e se necessário Cardiologista (Vacharaksa et al., 2025)

A AG promove um estado reversível de inconsciência, relaxamento muscular importante e supressão da dor, permitindo assim a abordagem das pessoas com deficiência com maior segurança, conforto e efetividade, minimizando o estresse físico e psicológico (Kwak et al., 2006; Kum et al., 2007; Shin, 2025), entretanto requer uma avaliação cuidadosa das condições médicas subjacentes, necessidades odontológicas específicas e considerações comportamentais e psicológicas do paciente (Silvestre-Rangil et al., 2014; Choi, 2021). A abordagem sob AG deve ser considerada como última alternativa para o tratamento odontológico devido sua complexidade, custos e riscos potenciais envolvidos (Malineni et al., 2016; Shin, 2025). A maioria das PcD são polifarmácia, normalmente em altas doses, o que pode gerar interações medicamentosas e, resistência às doses usuais dos

anestésicos, aumentando os riscos inerentes ao procedimento (Frost, 2024; Ouchi e Sugiyama, 2015). Outro fator limitante são as características anatômicas das PcD, como por exemplo, pescoço curto, macroglossia, além de excesso de secreções em vias aéreas, sialorreia, síndrome da apneia obstrutiva do sono, características essas que podem resultar, por exemplo, em obstrução de vias aéreas pré e pós-operatórias e risco de broncoaspiração (Korean Academy, 2014; Shin, 2025). Entretanto, ao ser indicada, apresenta alta resolutividade, com excelentes resultados alcançados e melhora significativa na qualidade de vida das PcD (Lim e Borromeo, 2017; Al-Lwemi et al., 2022; Shin, 2025).

Como já relatado anteriormente nos outros capítulos, as PcD apresentam, em sua maioria, condição bucal ruim, com necessidade de realização de múltiplos procedimentos odontológicos como limpeza/raspagem da boca toda, diversas restaurações dentárias e exodontias múltiplas. É importante ressaltar que o planejamento odontológico deve ser minucioso e levar em consideração o perfil cognitivo do paciente bem como a capacidade de manutenção do tratamento e da saúde oral (Vargas et al., 2003; Lee et al., 2019).

O tratamento endodôntico em sessão única, por exemplo, deverá ser cuidadosamente indicado pois não é possível garantir sua eficácia em casos de lesões endodônticas, o que poderá comprometer, a curto prazo, o sucesso do tratamento realizado, com necessidade de nova reabordagem. Em relação a cáries dentárias extensas/subgingivais ou doença periodontal, por exemplo, a abordagem deverá ser mais resolutiva, com as extrações dos dentes envolvidos, não considerando, por exemplo, restaurações conservadoras e esplintagem periodontal de dentes com perda óssea avançada, respectivamente (Chang e Kim, 2017; Chung et al., 2019; Jockusch et al., 2020). É de extrema importância que o paciente e/ou responsáveis sejam informados sobre a inviabilidade de reabilitação protética dos dentes extraídos visto que este tipo de tratamento requer várias etapas/consultas odontológicas para confecção e controle da prótese dentária, inviabilizando o referido tratamento (Choi, 2021).

O objetivo do tratamento odontológico sob AG é resolver, em uma única sessão, toda a demanda odontológica apresentada pelas PcD, todavia o responsável deverá ser previamente informado sobre a necessidade de mais de uma abordagem nos casos muito extensos e/ou se ocorrer alguma complicação no transoperatório. O acompanhamento das PcD que forem submetidos a tratamento odontológico sob anestesia geral é fundamental para a manutenção da saúde bucal e para medidas preventivas/profiláticas,

tornando-se indispensável nas PcD que permitem a abordagem ambulatorial não invasiva e sua periodicidade deverá ser de 3 a 6 meses - de acordo com a condição oral, devendo esta abordagem ser realizada pela atenção secundária (CEO) (Lee 2009; Kovacic et al., 2012; Buda 2016).

O perfil das PcD indicados a anestesia geral encontra-se no quadro 1.

Quadro 1: Indicação do tratamento odontológico sob anestesia geral

Pessoas com deficiências neurológicas graves, síndromes, distúrbios psiquiátricos, disfunções motoras graves, tremores incontroláveis/involuntários e transtorno comportamental, cujo gerenciamento do comportamento não obteve sucesso para atendimento em ambulatório
Tratamentos odontológicos extensos, invasivos e/ou complexos, cujo deslocamento para o tratamento seja muito difícil e dispendioso
Pessoas com alterações sistêmicas que apresentem alto risco de atendimento odontológico em ambiente ambulatorial
Cirurgias complexas (exodontias complexas de dentes retidos, cirurgias ortognáticas)
Tratamento odontológico de urgência (abscessos/trauma)

Fonte: Adaptado de Manley, Skelly e Hamilton (2000) e Nathan (2001).

22.7.1 Requisitos estruturais e composição da equipe

A segurança do ato anestésico é normatizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) - Resolução CFM 2.174/2017, devendo ser seguida pelas unidades de saúde com o objetivo de garantir a segurança do paciente e minimizar os riscos associados à anestesia. De acordo com o CFM a AG só poderá ser realizada em locais que atendam aos requisitos mínimos de segurança, com estrutura adequada, equipamentos de emergência, que garanta acesso a recuperação anestésica monitorada por profissional habilitado, com suporte para reanimação cardiorrespiratória e possua suporte de retaguarda para transferência imediata a uma unidade hospitalar – se necessário.

Segundo o CFM a unidade onde será realizada a AG obrigatoriamente deverá dispor de, além dos profissionais de odontologia:

➤ Centro cirúrgico

- Médico (a) especialista em anestesiologia;
- Enfermeiro (a);
- Técnico (a) de enfermagem;
- Equipe cirúrgica (cirurgião-dentista, assistente cirurgião-dentista e instrumentador).

➤ Equipamentos centro cirúrgico

- Monitorização da circulação (frequência cardíaca e ritmo cardíaco via cardioscópio, pressão arterial);
- Oximetria de pulso contínua;
- Capnografia contínua;
- Temperatura corporal;
- Pressão arterial sistêmica;
- Monitorização contínua da ventilação (teores de gás carbônico exalados, seção de fluxo contínuo de gases, sistema respiratório e ventilatório completo (aparelho de anestesia) e sistema de aspiração);
- Sistemas automáticos de infusão contínua de fármacos;
- Máscara laríngea, guia bougie e atomizador para anestesia tópica;
- Dispositivo para cricotireotomia;
- Máscaras faciais, cânulas orofaríngeas, dispositivos supraglóticos e/ou máscaras laríngeas, tubos traqueais e conectores específicos para os diversos bloqueios anestésicos neuroaxiais e periféricos;
- Seringas, agulhas e catéteres venosos descartáveis;
- Laringoscópio (cabos e lâminas);
- Guia para tubo traqueal e pinça condutora (magill);

- Fármacos para anestesia (anestésicos locais, hipnoindutores, bloqueadores neuromusculares e seus antagonistas (por competição e específicos), anestésicos inalatórios e dantrolene sódico, opioides e seus antagonistas, antieméticos, analgésicos não opioides e adjuvantes, corticosteróides, inibidores h2, sulfato de efedrina/fenilefrina e metaraminol, vasopressina, broncodilatadores, gluconato/cloreto de cálcio);
- Fármacos para ressuscitação cardiopulmonar e pós-ressuscitação (incluindo, mas não se limitando a): adrenalina, atropina, amiodarona, sulfato de magnésio, dopamina, dobutamina, noradrenalina, adenosina, lidocaína, cloreto de potássio, nitroprussiato de sódio, nitroglicerina, furosemida, beta-bloqueadores de curta duração, bicarbonato de sódio, soluções para hidratação e expansores plasmáticos (fluidos cristaloides e coloides) sintéticos e naturais;
- Desfibrilador para ressuscitação cardiopulmonar com marca-passo transcutâneo ou marca-passo transvenoso (incluindo gerador e cabos) com recurso de equipamentos de imagem.

➤ Sala de recuperação pós-anestésica

- Médico (a) especialista em anestesiologia (responsável ou não pela anestesia realizada);
- Enfermeiro (a).

➤ Equipamentos

- Monitorização da circulação (frequência cardíaca e ritmo cardíaco via cardioscópio, pressão arterial);
- Oximetria de pulso contínua;
- Temperatura corporal.

Vale ressaltar que de acordo com o Art. 9º “os anexos e as listas de equipamentos, instrumentais, materiais e fármacos que obrigatoriamente devem estar disponíveis no

ambiente onde se realiza qualquer anestesia e que integram esta resolução serão periodicamente revisados, podendo ser incluídos itens adicionais indicados para situações específicas”.

Um dos grandes desafios para o suporte para PcD sob AG é o serviço de anestesiologia, pois muitos anestesiologistas não estão treinados para atendimento deste grupo de pacientes, que têm limitações sistêmicas, anatômicas e funcionais que exigem abordagem especial. Em uma pesquisa com anestesiologistas e cirurgiões-dentistas, foi concluído que a estruturação de salas de cirurgia adaptadas para procedimentos específicos de odontologia pode contribuir positivamente para o sistema de saúde, eliminando as hesitações dos anestesiologistas (Catak et al., 2025). Baseado nestas informações, quanto mais estrutura e conhecimento das equipes de centro cirúrgico com enfermagem, anestesia e equipe técnica devem ser os mais bem informados para que os procedimentos com PcD ocorram com o menor viés possível e sejam bem recebidos por toda a equipe interdisciplinar.

É fundamental que exista suporte médico na enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva para os casos em que seja necessário a internação hospitalar pós-cirúrgica ou que houver complicações intra e/ou pós-operatórias, que necessitem de cuidados específicos que excedam a competência técnica do cirurgião-dentista.

Considerações Finais

O atendimento odontológico com apoio de sedação e anestesia geral representa um recurso terapêutico estratégico, seguro e resolutivo quando criteriosamente indicado. Ao longo deste capítulo, foram apresentados os fundamentos técnicos, legais, clínicos e estruturais que embasam essa modalidade de cuidado, destacando a sua importância no contexto da atenção odontológica humanizada, especialmente para pessoas com necessidades específicas com limitações clínicas ou comportamentais e em procedimentos de alta complexidade.

A utilização de técnicas de sedação, seja por via oral, inalatória ou associada, deve sempre estar amparada em avaliação clínica minuciosa, adequada capacitação dos profissionais e infraestrutura segura. A abordagem multimodal e individualizada, aliada ao uso de equipamentos regulamentados e protocolos assistenciais bem definidos, amplia a

acessibilidade e o conforto dos pacientes durante os procedimentos odontológicos, promovendo experiências menos traumáticas e mais eficazes.

A anestesia geral, por sua vez, deve ser compreendida como uma medida de exceção, indicada quando esgotadas as possibilidades ambulatoriais; entretanto em alguns casos pode ser a primeira opção. As condutas abordadas neste capítulo reforçam que o sucesso da sedação e da anestesia geral na odontologia não depende apenas da farmacologia ou da técnica, mas da integração de diversos fatores: avaliação rigorosa, monitoramento contínuo, biossegurança, preparo da equipe, estrutura física, comunicação com o paciente e sua família, além de protocolos de registro e conduta em emergências.

Por fim, é necessário reiterar que a prática segura e ética da sedação odontológica e da anestesia geral depende do compromisso com a formação contínua dos profissionais, da articulação entre os níveis de atenção do SUS e do fortalecimento de políticas públicas que ampliem o acesso aos cuidados odontológicos para todos os perfis populacionais, especialmente os mais vulneráveis. Sedar é incluir, é cuidar — mas só é cuidado verdadeiro quando feito com ciência, cautela, respeito e responsabilidade.

23. Desafios e Perspectivas para o Cuidado Integral à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência

Existe uma dimensão da prática odontológica que transcende os procedimentos de aperfeiçoamento estético amplamente difundidos no imaginário social contemporâneo. Essa dimensão, frequentemente invisibilizada pelos meios digitais, manifesta-se sobretudo nas situações de sofrimento, adoecimento e vulnerabilidade social, onde a atuação clínica se articula de forma direta com os determinantes sociais da saúde. Configura-se como uma odontologia essencial, orientada por evidências científicas, princípios éticos e compromisso com o cuidado integral. Distante de perspectivas mercantilizadas, reafirma seu papel estruturante no Sistema Único de Saúde, ao promover equidade e garantir o direito à atenção especializada às populações historicamente negligenciadas (CFO, 2025).

A Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE) pode receber diversas definições, já anteriormente descritas neste guia, refletindo a amplitude de sua prática e a complexidade das demandas que atende. Entretanto, a própria nomenclatura da especialidade — "Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais" — tem sido objeto de controvérsia e debate no meio profissional, sendo frequentemente criticada por soar capacitista e causar controvérsia ao focar na "necessidade" em vez da individualidade do paciente, o que se configura como um desafio ético e conceitual a ser superado. Não obstante o debate sobre a terminologia, a concepção que melhor a caracteriza é aquela que resgata a odontologia como parte integrante da Medicina, orientada pelo cuidado global do paciente (BRASIL, 2019).

Uma odontologia que faz sua análise clínica reunindo os conhecimentos de anatomia e fisiologia, avaliando os processos sistêmicos de forma holística, sem fragmentar o sujeito ou olhar a boca como se fosse o todo. Ao adotar essa abordagem integral, a OPNE reforça a necessidade de profissionais capazes de articular conhecimentos clínicos e habilidades humanísticas, garantindo que a atenção à saúde bucal seja efetivamente parte do cuidado geral do paciente com deficiência.

No Brasil, a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e da Lei Brasileira de Inclusão [2,3] estabeleceu marcos importantes para ampliar o acesso desse público aos serviços odontológicos. Um passo decisivo foi dado em 2008, quando a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) incluiu a

OPNE no rol mínimo de especialidades ofertadas. Essa inserção refletiu o reconhecimento de que a ausência de atendimento a esse segmento populacional, mesmo na atenção básica, constituía um fator crítico e exigia a garantia de acesso especializado no âmbito do SUS (BRASIL, 2023; BRASIL, 2015; BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b).

Embora persistam desafios, como a alta demanda, a escassez de profissionais capacitados e as desigualdades regionais, o Sistema Único de Saúde (SUS) demonstra compromisso contínuo com a inclusão e a equidade. Iniciativas como o programa Brasil Sorridente [6], que fortaleceu a cobertura da saúde bucal no SUS, e a própria rede de CEO foram fundamentais para oferecer atendimento especializado e humanizado às pessoas com deficiência. Além disso, projetos de integração ensino-serviço têm contribuído para formar futuros cirurgiões-dentistas mais sensíveis e preparados para lidar com as especificidades desse público. Essas ações, aliadas à publicação do Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência [7], reforçam a direção assumida pelo SUS na busca por um cuidado qualificado, humanizado e integral, consolidando avanços rumo a uma sociedade mais justa e inclusiva.

Diante desse panorama, discutir os desafios e as perspectivas para o cuidado odontológico integral desse público torna-se fundamental. Tal debate envolve a análise da formação e qualificação profissional, da educação permanente e inclusiva, da superação das barreiras de acesso, do uso de tecnologias assistivas e recursos de apoio, bem como do fortalecimento da participação social e do protagonismo da pessoa com deficiência na formulação e implementação de políticas públicas.

23.1. Formação e Qualificação Profissional

A OPNE constitui uma área estratégica para a promoção da equidade em saúde, ao atender grupos que apresentam demandas específicas e que requerem abordagens diferenciadas de cuidado. No entanto, a distribuição de especialistas no Brasil evidencia uma discrepância: dos 152.382 registrados, apenas 1.020 atuam em OPNE, especialidade reconhecida desde 2002, enquanto a Harmonização Orofacial, regulamentada em 2020, já reúne 5.082 profissionais [8,9].

Essa diferença reflete a influência de fatores estruturais e de mercado na escolha das especialidades odontológicas e ressalta a necessidade de estratégias de formação e de

políticas públicas que fortaleçam a atuação em áreas vinculadas à atenção integral e ao cuidado de populações em situação de vulnerabilidade. Nesse sentido, torna-se imprescindível analisar como a formação acadêmica tem contribuído, ou deixado de contribuir, para a expansão dessa especialidade.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Odontologia, vigentes desde 2002 e atualizadas em 2018, estabelecem que o egresso deve ter formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde [10]. Contudo, a autonomia didático-científica assegurada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9.394/1996) [11] faz com que a inclusão da disciplina de OPNE não seja obrigatória, resultando em projetos pedagógicos heterogêneos e na ausência sistemática desse conteúdo em grande parte das instituições. Essa lacuna repercute diretamente na prática clínica, contribuindo para a insegurança de cirurgiões-dentistas diante de pacientes com necessidades específicas e comorbidades [12].

Além disso, persistem barreiras estruturais no ambiente acadêmico, como a falta de rampas, banheiros adaptados, sinalização em braile e intérpretes de Libras, que limitam a inclusão plena [13]. A superação desse cenário requer a reformulação curricular e o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade, com a incorporação de conteúdos que desenvolvam competências para o manejo clínico, técnico e humanizado da pessoa com deficiência, favorecendo práticas odontológicas mais seguras e equitativas [12,13].

Importa destacar que a OPNE contempla todos os grupos historicamente excluídos do cuidado odontológico, seja por capacitismo, estigmas, barreiras comunicacionais, medo ou despreparo profissional. Estão incluídas nessas categorias pessoas com deficiência, populações em situação de rua, indivíduos privados de liberdade e outros grupos socialmente vulneráveis. Essa concepção ampliada de ensino fortalece a aprendizagem significativa, promove a corresponsabilidade entre universidades, serviços de saúde e sociedade, e contribui para a consolidação de práticas odontológicas mais equitativas, humanizadas e socialmente comprometidas.

23.2. Educação Permanente e Inclusiva em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é definida como um processo de aprendizagem no trabalho, em que o ensinar e o aprender estão associados ao cotidiano dos serviços e às necessidades reais da atenção, tendo como objetivo transformar práticas e qualificar o cuidado. Esse processo valoriza a experiência prévia dos trabalhadores e sua articulação com os problemas concretos vivenciados no dia a dia, permitindo a construção coletiva de conhecimentos [14]. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) consolidou-se como estratégia estruturante para o fortalecimento do SUS, reforçando a integração ensino-serviço-comunidade e a aprendizagem como atividade contínua e significativa [15].

Aplicada à saúde bucal da pessoa com deficiência, a EPS é essencial para reduzir lacunas de formação e a insegurança dos profissionais diante de casos mais complexos. Pesquisas indicam que, embora a EPS contribua para qualificar práticas profissionais, sua implementação ainda é incipiente, limitada por barreiras institucionais, carência de infraestrutura, sobrecarga de trabalho e baixa valorização das atividades formativas no cotidiano dos serviços [16]. Esses achados reforçam a necessidade de processos formativos que dialoguem com as demandas reais das equipes e dos usuários, garantindo maior efetividade no cuidado.

Evidências recentes mostram que a EPS, quando ofertada de forma sistemática, aumenta a segurança e a resolutividade clínica dos cirurgiões-dentistas no atendimento de pessoas com deficiência [17]. Além do aspecto técnico, destaca-se seu papel em estimular práticas baseadas no diálogo e na escuta qualificada, fortalecendo a inclusão e o protagonismo dos usuários. Experiências extensionistas e revisões de literatura têm demonstrado que metodologias adaptadas e recursos acessíveis favorecem o autocuidado e contribuem para práticas odontológicas mais equitativas [18-20].

Assim, a consolidação da EPS voltada para a saúde da pessoa com deficiência exige não apenas o fortalecimento das políticas públicas, mas também a criação de práticas educativas inclusivas, que desenvolvam competências técnicas, comunicacionais e humanísticas. Dessa forma, será possível superar práticas excludentes e consolidar um modelo de cuidado que reconheça a pessoa com deficiência como sujeito de direitos e protagonista no processo de saúde.

Com base nessas diretrizes, torna-se fundamental disponibilizar recursos de formação contínua que ofereçam suporte prático aos profissionais de saúde bucal. A seguir,

apresentam-se exemplos de cursos e materiais de apoio que podem subsidiar a qualificação em diferentes áreas de competência, favorecendo o desenvolvimento de habilidades clínicas, comunicacionais e no uso de tecnologias assistivas (Quadro 1).

Quadro 1- Recursos Formativos e Materiais de Apoio para a Qualificação em Saúde Bucal.

Área de Competência	Curso / Recurso	Link
Manejo Clínico & Atenção Integral	Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência[21] Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência (curso nº 46763)[22]	Acessar Acessar
Comunicação Acessível	Introdução à Libras[23]	Acessar
Recurso Prático / Guia	Cartilha Uso da Tecnologia Assistiva e o Brincar[24]	Acessar

Fonte: elaboração própria, a partir de cursos disponibilizados por instituições públicas [21–24].

23.3. Barreiras de Acesso e Estratégias de Superação

O acesso à saúde bucal para pessoas com deficiência permanece condicionado por múltiplas barreiras de natureza arquitetônica, comunicacional, atitudinal e organizacional. Apesar dos avanços obtidos com a Política Nacional de Saúde Bucal [6], ainda se observam desigualdades estruturais, ausência de protocolos claros de referência e escassez de profissionais capacitados, o que compromete a continuidade e a qualidade do cuidado. Muitas unidades de saúde carecem de rampas, banheiros adaptados, sinalização tátil e mobiliário adequado, inviabilizando em alguns casos a própria entrada em consultórios ou a transferência para a cadeira odontológica, reforçando situações de exclusão [25].

Embora os fluxos de referência estejam formalmente estabelecidos, sua operacionalização ainda revela inconsistências, enquanto os mecanismos de contrarreferência mostram-se frágeis, dificultando a continuidade do cuidado.[26]

Persistem obstáculos como a limitada oferta de vagas em serviços especializados e hospitalares (como o acesso à sedação ou centro cirúrgico), a burocratização dos encaminhamentos e a ausência de protocolos bem definidos para exames pré-operatórios.

Nesse cenário, o fortalecimento da APS torna-se determinante, uma vez que sua atuação resolutiva reduz a sobrecarga dos CEO, evitando encaminhamentos de casos passíveis de manejo básico e ampliando a eficiência da rede. A articulação entre os diferentes níveis de atenção, sustentada pelo Apoio Matricial e pela educação permanente, configura-se, assim, como elemento central para que a APS cumpra efetivamente sua função de coordenadora do cuidado integral à pessoa com deficiência [26].

No CEO, pressupõe-se que a pessoa com deficiência seja atendida por profissionais capacitados no domínio de técnicas refinadas de manejo comportamental e expertise clínica compatível com as demandas desse cuidado. O diferencial desse nível de atenção deve residir na oferta de um ambiente acessível, em protocolos organizacionais bem estruturados e em recursos terapêuticos ampliados. Nesse sentido, é fundamental que os CEOs contem com equipes capacitadas em sedação consciente e acesso facilitado ao centro cirúrgico, garantindo alternativas seguras, qualificadas e humanizadas de manejo clínico, evitando que a estabilização protetora se torne a única estratégia disponível para o cuidado de pessoas com deficiência.

A estabilização protetora, também conhecida como contenção física, é um recurso técnico válido e útil na OPNE, sendo destinada a garantir a segurança e integridade física tanto do paciente quanto da equipe durante procedimentos odontológicos específicos. Contudo, apesar de sua utilidade, seu emprego deve seguir diretrizes éticas rigorosas, sendo considerada sempre o último recurso, adotada apenas após o insucesso das estratégias de comunicação e adaptação comportamental, e mediante consentimento informado e registro detalhado em prontuário [27,28]. Nesse sentido, o grande avanço na atenção a esse público reside em assegurar o conforto e a segurança por meio de alternativas menos invasivas, como o acesso facilitado a métodos farmacológicos (sedação consciente ou anestesia geral), evitando que a contenção física seja a única opção para a realização de um tratamento adequado e humanizado.

As estratégias de superação passam, portanto, pela adequação arquitetônica universal das unidades, pela implementação de protocolos de acolhimento humanizado, pela flexibilização das agendas e pela articulação entre os diferentes níveis de atenção [29].

Aliadas a essas medidas, políticas públicas consistentes são indispensáveis para fortalecer a rede e reduzir desigualdades. A experiência brasileira com a Política Nacional de Saúde Bucal e a criação dos CEOs representaram um avanço, mas ainda insuficiente para eliminar as barreiras cotidianas.

Esses elementos reforçam a necessidade de formação qualificada, estratégias de inclusão e uso de tecnologias assistivas que assegurem comunicação efetiva, respeito à autonomia e integralidade do cuidado às pessoas com deficiência.

23.4. Tecnologias Assistivas e Recursos de Apoio

As Tecnologias Assistivas não devem ser entendidas como recursos complementares, mas como ferramentas centrais para garantir o direito à saúde, à cidadania e à equidade no SUS. Mais do que dispositivos técnicos, representam estratégias de inclusão que ampliam a autonomia, promovem a participação ativa e rompem com práticas capacitistas historicamente presentes no cuidado às pessoas com deficiência [7].

Essas tecnologias buscam adaptar a sociedade às necessidades das pessoas, e não o contrário. Ao ampliar a funcionalidade e neutralizar barreiras, permitem que o indivíduo com deficiência alcance maior independência, seja por meio de recursos simples, como escovas com cabos adaptados ou aplicadores de creme dental, até soluções mais elaboradas, como softwares de comunicação alternativa e plataformas digitais acessíveis [30].

Na odontologia, as Tecnologias Assistivas (TA) têm potencial transformador, promovendo maior integração entre equipe e paciente, reduzindo a ansiedade e criando condições mais seguras e inclusivas. O conceito de TA é amplo e abrange desde recursos de baixa tecnologia (como escovas de dente com cabos adaptados, abridores de boca ergonômicos e materiais táteis em braille) e adaptações físicas (como rampas de acesso à cadeira odontológica) até soluções digitais sofisticadas. Experiências práticas já relatam o uso de aplicativos gamificados para estimular a higiene bucal em pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), intérpretes de Libras em tempo real por meio de aplicativos móveis, prontuários eletrônicos com leitores de tela para pessoas cegas, e protocolos de dessensibilização gradual em ambientes sensoriais adaptados [31,32].

Também podem ser utilizados dispositivos específicos, como abridores de boca ergonômicos e dispositivos de apoio manual, que favorecem a realização do atendimento seguro em pacientes com limitações motoras [33]. Apesar de muitos desses recursos serem de baixo custo e alto impacto, o investimento em Tecnologias Assistivas no Brasil ainda é incipiente, perpetuando barreiras de acesso e comprometendo a equidade.

Esse cenário reforça um capacitismo institucionalizado que invisibiliza a diversidade e compromete o cuidado integral. Além disso, a indicação de Tecnologias Assistivas deve ser individualizada, considerando a funcionalidade e as necessidades específicas de cada paciente, associada a treinamento e orientação adequados, assegurando uso seguro e efetivo [33].



Facilitador dorsal



Facilitador dorsal



Facilitador de punho e polegar



Escova adaptada

Figura 1: Tecnologias Assistivas

Fonte: Caldas Jr, A.; Machiavell, L.J. Atenção e Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência: protocolos, diretrizes e condutas para cirurgiões-dentistas, Recife: Ed.Universitária, p.217, 2013.[33]

Apesar dos avanços nas Tecnologias Assistivas, as pessoas com deficiência ainda enfrentam diversos desafios no cuidado em saúde bucal, como a dificuldade de coordenação motora fina para enrolar o fio dental ou direcioná-lo corretamente entre os dentes, além da limitação em repetir movimentos contínuos durante a escovação. Questões sensoriais, como o gosto da pasta ou a sensibilidade gengival, também podem dificultar a adesão à higiene bucal. Em alguns casos, há ainda a dificuldade na coordenação óculo-manual, tornando mais complexo acompanhar com os olhos os movimentos realizados pela mão. [34]

Para contornar essas barreiras, o uso de outras Tecnologias Assistivas também se mostram fundamentais para: o uso do fio dental com haste e a escova elétrica facilitam a higiene; desenhos ou ilustrações na parede podem servir como guia visual para a sequência correta de movimentos; o uso de copos de água auxilia na substituição da mão em concha para o bochecho; e quando há dificuldade em cuspir, a adoção de água mineral em pequenas quantidades ou de bicos com jato controlado pode ser uma alternativa prática e segura.[30,33]

Dentre outras tecnologias assistivas, é essencial elencar também a Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), definida como a utilização de sistemas e recursos alternativos que oferecem aos indivíduos não oralizados a funcionalidade e a possibilidade de se comunicar, possibilitando a superação de barreiras relacionadas à fala humana. Esses sistemas e recursos são elaborados por meio de sinais ou símbolos pictográficos, ideográficos e arbitrários. [34]

A CAA tem a finalidade de proporcionar meios para estabelecer a comunicação de acordo com a necessidade de cada paciente e o seu uso é indicado para qualquer pessoa que possua necessidades complexas de comunicação conforme ilustrado nas imagens abaixo.



FONTE PICTOGRAMAS: Sergio Palao - ARASAAC (<http://www.arasaac.org/>) Licence : CC (BY - NC-SA)

Projeto: Eduardo Cardoso; Daianne Serafim Martins | Colaboração: Rita Bersch; Michelle Borges; Ana Beust da Silva; Mara Sartoretto; Renata Bonotto



Abrir a boca



Fechar a boca



Dentista



Cadeira odontológico



Escovar dentes



Creme dental



Fio dental



Espelelo odontológico



Radiografia



Anestesia



Cuspir



Enxaguar



Não dói



Preciso de pausa



Cárie



Pausa

Figuras 2 e 3: Prancha de CAA

Fonte: PICTOGRAMAS: Sergio Palao - ARASAAC (<http://www.arasaac.org/>).Com Acesso – UFRGS. Prancha criada com apoio do ChatGPT (OpenAI) e pictogramas ARASAAC – recurso disponível gratuitamente para todos.

Prancha de Comunicação – Odontologia

[Figura]	[Figura]	[Figura]	[Figura]
Abrir a boca	Fechar a boca	Dentista	Cadeira odontológica
[Figura]	[Figura]	[Figura]	[Figura]
Espelho odontológico	Aspirador	Escovar dentes	Creme dental
[Figura]	[Figura]	[Figura]	[Figura]
Enxaguante bucal	Fio dental	Cuspir	Enxaguar
[Figura]	[Figura]	[Figura]	[Figura]
Radiografia	Anestesia	Profilaxia	Selante
[Figura]	[Figura]	[Figura]	[Figura]
Cárie	Pausa	Não dói	Preciso de pausa

O uso de tecnologias assistivas baseadas em Comunicação Alternativa e Aumentativa torna-se indispensável, sobretudo quando o método dizer-mostrar-fazer, apesar de eficaz em atendimentos pediátricos, apresenta baixa efetividade no atendimento da pessoa com deficiência. Nessas situações, a resistência ao contato interpessoal dificulta a introdução de procedimentos e instrumentos odontológicos, enquanto as limitações na compreensão da linguagem e na interpretação de emoções comprometem a utilização de recursos como o controle de voz. [34-37]

O Quadro 2, a seguir, sintetiza os principais recursos aplicáveis segundo o tipo de deficiência, destacando como eles podem ser utilizados para superar barreiras específicas e promover o cuidado integral.

Quadro 2 – Tecnologias assistivas aplicadas à saúde bucal segundo tipo de deficiência

Tipo de Deficiência	Tecnologias/Recursos de Apoio	Aplicações em Saúde Bucal
Física / Motora	Escovas com cabos alongados; dispositivos de contenção adaptados; cadeiras odontológicas com regulagem; apoios estabilizadores	Facilitar higiene oral domiciliar; melhorar posicionamento; ampliar autonomia na escovação.
Visual	Prontuários com leitores de tela; materiais em áudio ou Braille; mapas táteis da clínica	Promover acesso à informação; orientar deslocamento; garantir autonomia na compreensão do tratamento.
Auditiva	Aplicativos de tradução (Libras ↔ Português); intérprete presencial ou remoto; vídeos legendados	Melhorar a comunicação; reduzir barreiras de entendimento; ampliar adesão ao tratamento.
Intelectual	Materiais ilustrados e pictogramas; softwares de comunicação alternativa; protocolos estruturados	Favorecer compreensão; reduzir ansiedade; estimular participação ativa.

Múltipla	Teleodontologia integrada; protocolos personalizados com apoio familiar; equipamentos adaptados; comunicação alternativa e aumentativa	Garantir cuidado integral; facilitar acompanhamento remoto; adaptar procedimentos clínicos.
Autismo (TEA)	Ambientes sensoriais adaptados; aplicativos de comunicação alternativa; agendas visuais; histórias sociais	Reduzir sobrecarga sensorial; preparar o paciente; aumentar colaboração clínica.

Fonte: Adaptado de Brasil (2019);

23.5. Participação Social e Protagonismo da Pessoa com Deficiência

A participação ativa da pessoa com deficiência nos conselhos de saúde é essencial para assegurar que suas necessidades e experiências sejam efetivamente incorporadas à formulação das políticas públicas. Esses espaços colegiados, de caráter deliberativo, permitem que usuários, trabalhadores e gestores compartilhem responsabilidades na construção do SUS [37]. Para além da presença formal, a atuação ativa garante que obstáculos físicos, comunicacionais e atitudinais enfrentados cotidianamente sejam visibilizados e debatidos, evitando que decisões sejam tomadas de forma alheia à realidade desse grupo [38]. Estudos evidenciam que a inclusão da pessoa com deficiência como sujeito político nos conselhos fortalece o princípio do cuidado centrado na pessoa e amplia a legitimidade social das políticas de saúde [39].

Apesar dos avanços, ainda persistem desafios para transformar a participação em inclusão efetiva. Muitas vezes, a presença em espaços de controle social ocorre de forma simbólica, sem gerar pertencimento real, pois barreiras estruturais e comunicacionais continuam a restringir a atuação plena desses sujeitos. A trajetória do associativismo das pessoas com deficiência no Brasil revela esse movimento de transformação: das primeiras entidades, marcadas por valores filantrópicos e caritativos, à mobilização por direitos a partir dos anos 1980, com maior protagonismo das próprias pessoas com deficiência, até chegar ao processo de especialização das organizações nos anos 2000, voltadas para pautas específicas como autismo, doenças raras e a defesa das mulheres com deficiência [40].

Essa evolução evidencia o tensionamento entre tutela e protagonismo, mas também aponta para a consolidação de uma cidadania ativa, em que o lema “Nada sobre nós, sem

nós” se reafirma como princípio orientador da luta política. O fortalecimento desse processo é estratégico para consolidar uma saúde inclusiva, equitativa e participativa, na qual a pessoa com deficiência seja reconhecida não apenas como usuária do sistema, mas como agente político ativo na definição das prioridades em saúde.[41]

23.6. Perspectivas Futuras

A Odontologia voltada para pessoas com deficiência aponta, cada vez mais, para transformações estruturais que ultrapassam a dimensão clínica e envolvem a consolidação de um modelo de cuidado integral. Nesse contexto, a transdisciplinaridade surge como perspectiva essencial: diferentemente da multidisciplinaridade, em que profissionais de diferentes áreas atuam lado a lado de forma paralela e compartimentada, a transdisciplinaridade busca a integração e a superação das fronteiras disciplinares, construindo um saber comum e compartilhado. Essa abordagem permite compreender a pessoa como ser multidimensional — biológico, social, cultural e histórico — e favorece um cuidado mais humanizado e resolutivo [42].

Associada a esse paradigma, a ampliação do acesso no SUS é condição indispensável para a inclusão, exigindo a superação de barreiras físicas, comportamentais e organizacionais. Nesse horizonte, destacam-se alternativas como a odontologia domiciliar, capaz de ampliar a resolutividade para indivíduos com limitações severas de mobilidade, desde que acompanhada por infraestrutura qualificada, equipes capacitadas e integração entre os diferentes níveis de atenção [43].

Outro ponto fundamental refere-se à otimização clínica, especialmente no manejo farmacológico e na segurança dos procedimentos. Pacientes com transtornos de comportamento, deficiência intelectual, paralisia cerebral ou autismo frequentemente apresentam baixa colaboração, o que torna necessário o domínio de recursos como a sedação consciente e, em contextos hospitalares, a anestesia geral.

Esses métodos configuram alternativas fundamentais para substituir a estabilização protetora, ainda utilizada como único recurso em muitos serviços, mas que deve ser progressivamente superada por práticas mais seguras, éticas e humanizadas. A efetividade desse cuidado depende de protocolos clínicos rigorosos, que incluam anamnese detalhada, avaliação prévia minuciosa, monitoramento contínuo de sinais vitais e conhecimento

aprofundado em farmacologia, de modo a assegurar qualidade e segurança no atendimento [44]. Assim, a odontologia para pessoas com deficiência exige profissionais tecnicamente habilitados e eticamente comprometidos com a humanização do cuidado.

Por fim, a consolidação de um atendimento inclusivo depende de uma profunda reforma na formação profissional e do fortalecimento das políticas públicas. Ainda é marcante a carência de preparo técnico e a insegurança de muitos cirurgiões-dentistas ao atender essa população, reforçando a necessidade de inclusão obrigatória de disciplinas específicas nos cursos de Odontologia e da incorporação de metodologias transdisciplinares, associadas a experiências práticas que formem profissionais mais preparados. No plano macroestrutural, o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Bucal e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência [45], criada em 2012 para articular a atenção básica, especializada e hospitalar com financiamento consistente e a implantação dos Centros Especializados de Reabilitação como pontos de articulação, representa um avanço importante na busca pela universalidade, equidade e integralidade.

Entretanto, ainda persistem barreiras significativas relacionadas à disponibilidade e adequação dos serviços, desde obstáculos arquitetônicos até falhas de comunicação entre níveis assistenciais, o que evidencia a urgência de investimentos contínuos em acessibilidade, qualificação e integração das redes de atenção [46]. Assim, a OPNE caminha para um modelo de excelência clínica e acessibilidade, cuja concretização depende do compromisso conjunto de gestores, instituições de ensino e profissionais, reafirmando a saúde bucal como direito humano e princípio de justiça social.

23.7. Considerações Finais

O percurso apresentado demonstra que o cuidado integral à saúde bucal da pessoa com deficiência é um campo em construção, atravessado por avanços e desafios. Entre os avanços, destacam-se a criação dos CEO, a integração em redes de cuidado, a educação permanente e a incorporação de tecnologias assistivas. Entre os desafios, permanece a necessidade de aprendermos a enxergar essa população não como estrangeiros a serem “encaixados”, mas como parte da sociedade. Enquanto a inclusão depender de esforços compensatórios, haverá resistência daqueles que se sentem desconfortáveis com as mudanças necessárias.

A exclusão da pessoa com deficiência tem raízes históricas profundas: da segregação em embarcações no século XV à institucionalização em manicômios no século XX, fomos habituados a afastar quem não se encaixa em padrões socialmente estabelecidos. Esse processo de marginalização moldou um olhar que precisa ser transformado. A perda de vínculos sociais e a negação da comunicação plena têm o poder de esvaziar aquilo que nos constitui como humanos, mergulhando o sujeito em isolamento e apagamento de sentidos. Quando a sociedade invisibiliza as pessoas com deficiência ou lhes nega acesso a cuidados integrais, produz um processo de desumanização: o indivíduo deixa de ser reconhecido em sua inteireza, sendo reduzido a diagnósticos, estigmas ou barreiras.

Combater o capacitismo e assegurar uma atenção em saúde bucal inclusiva é, portanto, um gesto de reumanização. Devolver a esse sujeito o direito de falar, de ser ouvido, de sorrir e de pertencer. Parece absurdo, que em pleno século XXI, ainda seja preciso reafirmar a necessidade de humanização no cuidado em saúde. Promover a mudança desse paradigma rumo a uma prática mais empática, equitativa e inclusiva, é condição essencial para que as políticas públicas avancem de forma sólida e duradoura. A saúde bucal, nesse horizonte, deve ser reafirmada como parte indissociável da saúde geral e vinculada ao exercício pleno da cidadania e da dignidade humana. Isso exige currículos acadêmicos adequados, profissionais capacitados e serviços de saúde que se comuniquem e se articulem, garantindo continuidade do cuidado.

O futuro mais desejável é que a odontologia para pessoas com deficiência deixe em breve de ser tratada como nicho ou especialidade apartada. Em uma sociedade verdadeiramente inclusiva, todos os cirurgiões-dentistas devem estar preparados, desde a graduação até a educação permanente, para atender pacientes em sua diversidade. Assim, o cuidado integral e equitativo se tornará parte inerente à prática odontológica e à materialização do princípio constitucional de que a saúde, física, mental e social, é um direito de todos e um dever do Estado.

24. O Papel de Pais, Familiares e Cuidadores no apoio ao cuidado em saúde bucal

24.1. A importância da família no cuidado em saúde bucal

O núcleo familiar da pessoa com deficiência constitui o principal eixo de promoção da saúde bucal e fortalecimento da autonomia nos cuidados odontológicos. Em situações nas quais o indivíduo necessita de auxílio nas atividades de vida diária, como alimentação, banho e higienização bucal, é fundamental que a família atue como promotora da autonomia, estimulando e garantindo a participação ativa da pessoa com deficiência em seu próprio cuidado, dentro de suas possibilidades (SANT'ANA, 2022). Nesse contexto, a orientação clara e objetiva aos cuidadores é indispensável.

Mais do que adotar uma postura técnica e rígida nas orientações de rotina, como “escovar os dentes três vezes ao dia” e “utilizar fio dental diariamente”, é necessário compreender as singularidades de cada pessoa com deficiência e a dinâmica de organização familiar. Muitas vezes, orientações amplamente difundidas para a população geral podem ser de difícil aplicação em determinados contextos familiares (SANTOS et al., 2024).

As pessoas com deficiência intelectual severa, com transtorno do espectro autista níveis de suporte 2 ou 3, ou com condições associadas a episódios de agitação, podem demandar maior dedicação dos cuidadores na execução das rotinas diárias, incluindo a higiene bucal (MUNIZ et al., 2024). Nessas situações, é fundamental que o profissional envolvido no atendimento odontológico compreenda as limitações funcionais e organizacionais do núcleo familiar, a fim de subsidiar a elaboração de estratégias de promoção e manutenção da saúde bucal compatíveis com as condições reais da pessoa com deficiência e de seus cuidadores (LEE, CHANG., 2021.). Dessa forma, os profissionais devem estar atentos à dinâmica familiar para identificar quais indivíduos participam efetivamente do cuidado em saúde bucal da pessoa com deficiência (Figura 1).



Figura 1. Participação ativa de mãe e irmã da pessoa com deficiência para entender as orientações em saúde bucal.

Fonte: Acervo pessoal.

Frases como “você não está escovando direito os dentes do seu filho” ou “já orientei que devem ser realizadas três escovações diárias e uso de fio dental todos os dias” revelam uma comunicação centrada na norma técnica, que desconsidera as dificuldades práticas e emocionais enfrentadas pelas famílias de pessoas com deficiência. Em vez de reforçar a culpa ou a inadequação do cuidador, o profissional deve buscar compreender as barreiras reais que limitam a execução dessas orientações e, a partir disso, propor estratégias possíveis, respeitosas e graduais, que fortaleçam a autonomia e a adesão ao cuidado (ALWADI et al., 2024).

É imprescindível considerar quantas pessoas estão disponíveis para auxiliar na rotina de uma pessoa com comprometimento sociocognitivo mais acentuado e com resistência às práticas de higiene. Essa análise permite ajustar as orientações à realidade domiciliar, tornando-as mais efetivas (PHADRAIG et al., 2014). Adaptações como escovas elétricas, fios dentais com hastes e abridores de boca podem facilitar o processo e reduzir a sobrecarga. A prevenção precoce é um componente essencial da promoção da saúde bucal. No caso das crianças com deficiência, os pais ou responsáveis desempenham papel fundamental na garantia da higiene oral diária. Entretanto, é necessário reconhecer que a rotina de cuidados

pode representar um desafio adicional para essas famílias, em virtude das demandas específicas relacionadas a cada condição. Os profissionais de saúde bucal têm a responsabilidade de orientar, apoiar e adaptar as estratégias de prevenção às necessidades individuais de cada criança e de sua família, considerando as possíveis dificuldades no momento da escovação e buscando promover a inclusão e a equidade no cuidado em saúde bucal (TESTE et al., 2021).

24.2. O papel importante dos cuidadores

Os cuidadores desempenham um papel essencial na manutenção da saúde bucal de pessoas com deficiência. A presença de um cuidador capacitado está diretamente associada à redução do acúmulo de biofilme e à melhora de indicadores clínicos, como índice de placa e sangramento gengival (SANTOS et al., 2025).

Além do suporte direto durante a higiene bucal, os cuidadores também atuam como mediadores fundamentais no acesso aos serviços odontológicos, sendo responsáveis por agendar consultas, acompanhar o paciente e garantir a continuidade do tratamento. De acordo com Alwadi et al. (2024), o comprometimento dos cuidadores com o cuidado diário influencia fortemente a adesão ao tratamento odontológico e o prognóstico a longo prazo.

Apesar de relevante, muitos cuidadores relatam dificuldades práticas e falta de treinamento específico para lidar com as necessidades de cuidado com a cavidade bucal desses pacientes. Entre as principais barreiras estão o desconhecimento sobre técnicas adequadas de escovação, o manejo de comportamento e a escassez de materiais educativos adaptados (SHAH, et al., 2018; MINIHAN, et al., 2014). Nesse contexto, programas educativos voltados aos cuidadores se mostram como estratégias eficazes para auxiliar nesses cuidados diários, contribuindo para melhorar o estado de saúde bucal dos indivíduos com deficiência (SANTOS et al., 2025).

No Brasil, persistem desafios significativos na atenção odontológica a pessoas com deficiência, especialmente pela limitação de acesso a serviços especializados e pela carência de capacitação de profissionais e cuidadores. A literatura destaca a importância de fortalecer ações interdisciplinares e políticas públicas que promovam o acolhimento e a educação em saúde, reconhecendo o cuidador como agente essencial no cuidado integral desses pacientes (CARVALHO, et al., 2023; VIANA, et al., 2022).

Dessa forma, a valorização e o fortalecimento do papel dos cuidadores são elementos centrais para o sucesso das estratégias de promoção da saúde bucal neste grupo populacional. Investir em sua formação, apoio psicológico e integração com equipes multiprofissionais não apenas melhora os resultados clínicos, mas também contribui para a inclusão social e a qualidade de vida das pessoas com deficiência (ALAMRI, 2022).

24.3. Educação em saúde e fortalecimento da autonomia familiar

A educação em saúde voltada a cuidadores e familiares de pessoas com deficiência constitui pilar essencial para a autonomia e a qualidade de vida. Essa estratégia qualifica os cuidadores a atuarem de forma eficaz no cuidado contínuo, adaptando-se às necessidades específicas. Programas educativos mostraram impacto positivo na ampliação do conhecimento sobre higiene bucal e na adesão ao cuidado domiciliar (SELBERA et al., 2021).

A baixa literacia em saúde bucal entre cuidadores correlaciona-se com piores percepções de qualidade de vida oral em crianças com transtorno do espectro autista, o que reforça a importância da qualificação e do suporte educativo (CARRADA et al., 2025). A educação em saúde melhora as práticas de cuidado e fortalece a autonomia familiar na gestão do cotidiano.

Estudos indicaram que a própria educação em saúde tem impacto positivo na saúde e práticas de higiene conduzidas pelos cuidadores (VIANA, et al., 2022; TRINDADE, et al., 2019). Ao incluir o cuidador como sujeito de cuidado e não apenas como executor, as ações educativas promovem autocuidado, melhora da autoestima e redução da sobrecarga física e emocional.

Estudos indicam que pais e cuidadores frequentemente relatam níveis elevados de estresse durante a realização da higiene bucal de seus filhos, especialmente em contextos que envolvem necessidades especiais de cuidado (CAMPOS et al., 2024; ALEGRÍA et al., 2024). Diante desse cenário, diferentes estratégias têm sido propostas com o objetivo de qualificar a atuação dos cuidadores e facilitar a adesão às práticas de higiene bucal. Nesse sentido, um estudo clínico randomizado conduzido por Shalabi et al. (2022), envolvendo 50 crianças com transtorno do espectro autista, comparou as técnicas de Modelagem por Vídeo (Video Modelling) e do Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (Picture

Exchange Communication System - PECS) (Figura 2), observando-se maior remoção de biofilme dentário entre as crianças submetidas à técnica de modelagem por vídeo.

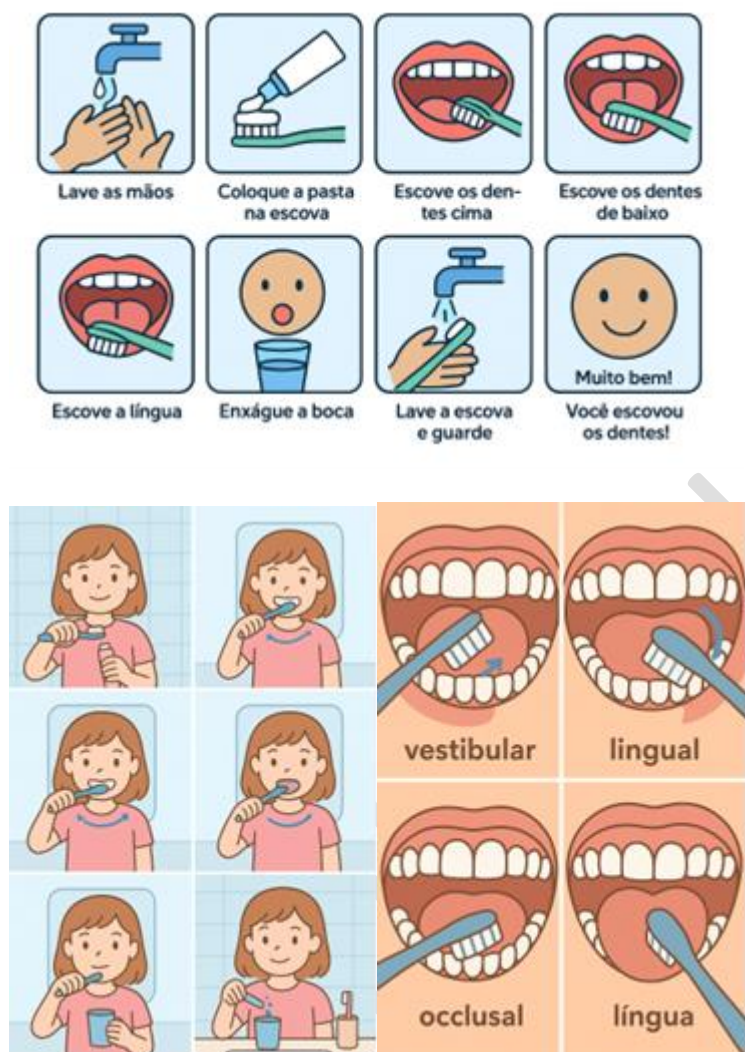


Figura 2. Instrumentos para auxílio dos pais e cuidadores de criança com deficiência autista - Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (Picture Exchange Communication System-PECS).

Em pacientes com deficiência o uso da escova elétrica e/ou sônica pode ser vantajoso em termos de adesão e motivação, mas não há evidência robusta de que ela remova mais placa do que uma escova manual quando usada corretamente (DESHPANDE et al., 2023).

24.4. Estratégias para promoção do autocuidado e da adesão ao tratamento

A promoção do autocuidado em saúde bucal requer estratégias individualizadas e acessíveis, centradas no paciente e no cuidador. A educação em saúde deve abranger o controle do biofilme, o uso correto dos instrumentos de higiene e a estruturação de rotinas regulares (WALDRON et al., 2019; GARCIA-CARILLO et al., 2016).

A comunicação adaptada, o uso de recursos visuais e o reforço positivo são componentes essenciais para a adesão. Abordagens interdisciplinares, que integrem cirurgiões-dentistas, cuidadores e outros profissionais de saúde, ampliam a eficácia das intervenções e favorecem a autonomia (PHAIDRAIG et al., 2013; FAULKS et al., 2012).

Estudos avaliaram a eficácia das escovas elétricas em comparação às escovas manuais para o controle do biofilme em pessoas com deficiência intelectual. De forma geral, os resultados mostraram que não houve diferença significativa entre os dois tipos de escova quanto à redução de placa e gengivite (WALDRON et al., 2019; PATEL et al. 2021; YEH et al., 2024). O impacto positivo na saúde bucal dessa população depende menos do tipo de escova utilizada e mais da adoção de estratégias educativas e de supervisão adequadas.

O treinamento dos cuidadores, seja para o uso correto da escova elétrica ou para a realização da escovação assistida, é um fator determinante para a adesão ao hábito e para a eficácia da higiene bucal. Intervenções que combinam capacitação dos cuidadores, adaptações ergonômicas e rotinas estruturadas de escovação produzem resultados mais consistentes e sustentáveis a longo prazo. Essas medidas evidenciam que a promoção da saúde bucal em indivíduos com deficiência intelectual requer um enfoque educativo e colaborativo, mais do que tecnológico (POLD et al., 2024).

24.5. Gestão do estresse, saúde mental dos cuidadores e corresponsabilização no cuidado.

O cuidado em saúde bucal das pessoas com deficiência demanda dos pais, familiares e cuidadores um esforço físico e emocional. Escovar os dentes de outra pessoa, lidar com resistência, manter a regularidade da higiene e acompanhar o tratamento odontológico são tarefas que exigem paciência e tempo, além de conhecimento técnico básico. Quando somadas às responsabilidades familiares e profissionais, essas atividades tornam-se fontes significativas de estresse, afetando a saúde mental dos cuidadores. A sobrecarga, a falta de

descanso e o sentimento de impotência diante das condições impostas podem gerar quadros de ansiedade, fadiga e depressão (YAO et al., 2024; FORESTI et al, 2022).

Cuidadores de pessoas com deficiência enfrentam sofrimento emocional em decorrência da rotina exaustiva de cuidados, da escassez de apoio social e da ausência de serviços de suporte psicológico. Esse sofrimento é intensificado quando o cuidador não recebe orientação adequada sobre os cuidados bucais, o que pode resultar em sensação de fracasso diante das dificuldades práticas. Em muitos casos, a percepção de que a higiene bucal não é realizada de forma satisfatória gera culpa, preocupação e tensão constante (MOREIRA et al., 2023).

Diante disto, o campo da odontologia deve reconhecer os pais, familiares e cuidadores como parte integrante da equipe de cuidado. Quando o cuidador está emocionalmente sobrecarregado, tende a abandonar a rotina de higiene, o que repercute negativamente nos indicadores de saúde bucal das pessoas com deficiência que necessitam deste suporte. Assim, promover o bem-estar psicológico do cuidador é uma forma indireta, porém essencial, de prevenção de doenças bucais (SILVA et al., 2021).

A corresponsabilização neste caso, amplia esse conceito ao propor que o cuidado não seja tarefa exclusiva do profissional ou do cuidador, mas um processo compartilhado entre todos os envolvidos: equipe de saúde, família e principalmente a pessoa com deficiência. Essa lógica é fortalecida pela Política Nacional de Cuidados (Lei nº 15.069/2024), que defende a divisão justa das responsabilidades, o suporte institucional aos cuidadores e a valorização da autonomia da pessoa cuidada (BRASIL, 2024). No campo da saúde bucal, isso significa reconhecer o papel ativo dos cuidadores no acompanhamento da escovação, na observação de sinais clínicos e na comunicação contínua com a equipe de Saúde Bucal (eSB).

Estratégias de acolhimento psicológico e de apoio social nas unidades de saúde são fundamentais para minimizar o estresse e fortalecer o vínculo entre cuidadores e equipes de saúde bucal. A escuta empática e a validação das dificuldades enfrentadas pelo cuidador ajudam a construir confiança e favorecem a adesão ao tratamento. Além disso, a criação de grupos de apoio, coordenados por equipes multiprofissionais, incluindo dentistas, permite a troca de experiências e o desenvolvimento de estratégias conjuntas para o manejo do estresse (LOHRASBI et al., 2023).

O conceito de “cuidar de quem cuida”, previsto na Política Nacional de Cuidados (Lei nº 15.069/2024), é central nesse contexto. Ele reconhece que o cuidador também necessita de atenção e acompanhamento de saúde. Essa perspectiva deve ser incorporada nos serviços de atenção à saúde da pessoa com deficiência, nos componentes da atenção primária por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes e-Multi, e da atenção especializada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e nos Centros Especializado em Reabilitação (CER). Garantir o acesso do cuidador aos espaços de escuta e educação em saúde fortalece não apenas o vínculo afetivo com a pessoa cuidada, mas também a qualidade do cuidado prestado.

No contexto da saúde bucal, a qualificação do cuidador é uma ferramenta de proteção. Quando ele domina as técnicas de escovação assistida, compreende o uso de escovas adaptadas e reconhece sinais de dor ou desconforto, torna-se mais seguro e confiante para realizar o cuidado. Essa autoconfiança reduz o estresse e melhora a interação com a pessoa cuidada. Programas educativos devem, portanto, abordar tanto o aspecto técnico da higienização quanto o emocional, explicitando técnicas de relaxamento, respiração e manejo de crises durante o cuidado (YAO et al., 2024).

É importante destacar que os cirurgiões-dentistas, enquanto profissionais da saúde, desempenham papel estratégico na identificação de sinais de sofrimento emocional de pais, familiares e cuidadores. Durante o acolhimento odontológico, a escuta qualificada pode revelar indícios de ansiedade, exaustão e sobrecarga emocional que, se não forem abordados, podem comprometer o bem-estar tanto do cuidador quanto da pessoa assistida. Nesses casos, o dentista, em articulação com a equipe multiprofissional da unidade de saúde, pode realizar o encaminhamento para os serviços de saúde mental, assegurando que o cuidador receba acompanhamento psicológico adequado. Tal encaminhamento deve seguir os protocolos locais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), garantindo a continuidade do cuidado e apoio integral à família.

Essa prática reforça o princípio da integralidade do cuidado em saúde e está alinhada às diretrizes da Política Nacional de Cuidados, que reconhece o cuidador como sujeito de direitos e destinatário de ações de promoção da saúde (BRASIL, 2024). Ao identificar e encaminhar casos de sofrimento emocional, o cirurgião-dentista contribui não apenas para a preservação da saúde mental do cuidador, mas também para a sustentabilidade das rotinas de cuidado em saúde bucal da pessoa com deficiência. Essa abordagem amplia a

atuação do profissional de odontologia, que deixa de ser visto apenas como executor de procedimentos clínicos e passa a integrar uma rede de apoio mais ampla, comprometida com o bem-estar coletivo e a promoção da autonomia.

Na prática, a construção de ambientes de cuidado que integrem escuta, acolhimento e corresponsabilização implica reorganizar os fluxos de atendimento, reduzir a burocracia e ampliar o tempo de consulta, possibilitando que o diálogo se torne elemento central do processo terapêutico. Além disso, o espaço físico deve ser acessível e inclusivo, favorecendo o conforto e a autonomia da pessoa com deficiência durante o atendimento odontológico. Em síntese, a gestão do estresse, da saúde mental dos pais, familiares e cuidadores de pessoas com deficiência e a corresponsabilização do cuidado deve ser vista como uma dimensão essencial da atenção em saúde bucal. A qualidade do cuidado prestado depende, em grande parte, da condição emocional e do suporte social oferecido aos cuidadores. Incorporar políticas de apoio psicológico, educação continuada e espaços de acolhimento representa um passo significativo para consolidar um modelo de cuidado integral e equitativo.

25. O Profissional com Deficiência no campo da Saúde Bucal

A proteção jurídica e os direitos das Pessoas com Deficiência no Brasil assentam-se na Lei Brasileira de Inclusão (LBI), inspirada na Convenção da ONU (2006) e sancionada pelo país em 2015, que trata de discriminação, atendimento prioritário, reabilitação e acessibilidade (Brasil, 2015). Dados recentes do Relatório do Comitê de Gênero, Inclusão e Equidade (2023) estimam 18,6 milhões de pessoas com deficiência — 8,9% da população — com maior prevalência no Nordeste, predominância feminina (57,7%) e 47,2% com 60 anos ou mais, o que reforça a necessidade de políticas e práticas que considerem perfis etários e necessidades diversas.

O direito ao trabalho está garantido pela Constituição de 1988, que valoriza o trabalho como princípio social e assegura condições para exercício laboral digno (Santos; Borges, 2018). Na prática, entretanto, a inserção e permanência de pessoas com deficiência no mercado de trabalho enfrentam obstáculos históricos: antes da Lei de Cotas (Lei 8.213/91) a contratação ocorria majoritariamente por ações governamentais ou associações; após sua implementação, persistiram dificuldades tanto para empregadores quanto para candidatos na ocupação das vagas destinadas às pessoas com deficiência (Santos; Borges, 2018).

As barreiras são multifacetadas, para além da falta de acessibilidade arquitetônica nos locais de trabalho, há insuficiência de formação das equipes sobre diferentes deficiências, ausência de procedimentos comunicacionais (por exemplo, para surdos) e fragilidade nas lideranças para gerir a inclusão. Esse déficit de preparo favorece práticas de capacitismo, bullying e exclusão, comprometendo o ambiente de trabalho e o desenvolvimento profissional das pessoas com deficiência (Santos; Borges, 2018).

Na perspectiva da inclusão, Sassaki (2007) e Mendonça-Neto et al. (2018) destacam que não se trata apenas de integrar fisicamente pessoas com deficiência em espaços comuns, nem de providenciar aparelhos ou adaptações pontuais. A inclusão exige reestruturação dos sistemas sociais e culturais: eliminar barreiras arquitetônicas e, sobretudo, atitudinais, reconfigurar práticas institucionais e promover condições que garantam participação plena, autonomia e dignidade.

No campo da saúde bucal, essas determinações implicam ações concretas: promoção de acessibilidade física nas unidades, capacitação de equipes para comunicação e atendimento adequados, políticas de prevenção ao capacitismo e inclusão no ambiente profissional (contratação, treinamento, progressão na carreira). A construção de práticas inclusivas deve visar tanto a eliminação de obstáculos técnicos quanto a transformação de atitudes, assegurando que o profissional com deficiência possa exercer suas funções com igualdade de oportunidades e reconhecimento.

25.1. Direito ao trabalho e inclusão profissional no Sistema Único de Saúde (SUS)

A elaboração da primeira norma técnica sobre acessibilidade, publicada pela ABNT em 1985, representou um marco inicial nas discussões sobre critérios de acessibilidade no país (ABNT NBR 9050:1985). Atualmente, a norma vigente é a NBR 9050:2020, que estabelece parâmetros amplos e atualizados para acessibilidade em edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.

A Constituição Federal de 1988 consolidou o dever do Estado de promover condições de acesso e circulação, prevendo que a lei disciplinará normas de construção e uso de espaços públicos para garantir o acesso às pessoas com deficiência (Brasil, 1988). Antes disso, havia disposições limitadas, como a Emenda Constitucional nº 12/1978, que tratava apenas parcialmente do tema (Brasil, 1978). Somente em 2015 a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) estruturou um arcabouço jurídico mais amplo para assegurar direitos e medidas de promoção da inclusão (Brasil, 2015).

No plano do emprego formal, dispositivos como a Lei de Cotas (Lei nº 8.213/1991) e normas subsequentes estabeleceram instrumentos para a inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho; contudo, a presença de legislação não garante, por si só, inclusão efetiva. Estudos locais mostram discrepâncias entre o que a legislação prevê e sua aplicação na prática, evidenciando faltas de fiscalização, infraestrutura inadequada e lacunas na implementação municipal da acessibilidade, que dificultam o acesso das pessoas com deficiência ao mercado e aos serviços públicos (Gomes et al., 2023).

No contexto do SUS, a inclusão profissional enfrenta barreiras múltiplas: inacessibilidade arquitetônica e de equipamento, processos de seleção e formação ainda pouco adaptados, e ausência de políticas de acompanhamento e progressão de carreira que

considerem acomodações e tecnologia assistiva (Sarsur et al., 2023). Essas lacunas organizacionais costumam reduzir a permanência e o desenvolvimento profissional das pessoas com deficiência, mesmo quando a contratação ocorre.

Além das barreiras técnicas e físicas, há um componente atitudinal, o capacitismo, que afeta especialmente profissões da saúde. Estudos apontam que profissionais e estudantes com deficiência enfrentam discriminação institucional e interpessoal (ambientes inacessíveis, atitudes negativas, medo de revelar a condição por receio de estigma), o que impacta bem-estar, progressão de carreira e decisões sobre divulgação de sua deficiência no ambiente de trabalho e ensino (Lindsay et al., 2023). Intervenções organizacionais são necessárias para enfrentar esse problema estrutural.

Na odontologia e em outras áreas que demandam habilidade manual, a inclusão requer soluções práticas: adaptações ergonômicas do posto de trabalho, tecnologia assistiva e integração de profissionais como terapeutas ocupacionais para viabilizar desempenho seguro e competente. A tecnologia assistiva e acomodações razoáveis podem possibilitar a formação e atuação de pessoas com deficiência em campos clínicos tradicionalmente vistos como restritivos (Moran et al., 2024).

➤ Recomendações para fortalecer a inclusão profissional no SUS

- Promover e fiscalizar a acessibilidade arquitetônica e de equipamentos das unidades de saúde (NBR 9050 e atualizações; ABNT, 2020).
- Aperfeiçoar os processos seletivos e de recursos humanos para concursos e contratações no SUS, prevendo editais acessíveis, avaliações adaptadas e metas que ultrapassem o mero cumprimento formal da cota (Lei nº 8.213/1991; Brasil, 1991).
- Implementar acomodações acessíveis e disponibilizar tecnologia assistiva para exercícios clínicos e administrativos, com suporte de terapia ocupacional quando necessário (Moran et al., 2024).
- Investir em formação continuada e sensibilização de gestores, preceptores e equipes assistenciais sobre direitos, desenho universal e combate ao capacitismo (Lindsay et al., 2023).

- Criar políticas de acolhimento, tutoria e planos de carreira específicos para pessoas com deficiência, com monitoramento participativo que inclua representações das próprias pessoas com deficiência nas decisões e avaliações (Gomes et al., 2023; Sarsur et al., 2023).

A efetivação do direito ao trabalho no SUS depende da articulação entre legislação, normas técnicas, gestão institucional e mudança cultural. Somente a combinação de adaptações físicas, acomodações técnicas, políticas de recursos humanos e ações contra o capacitismo garantirá que a pessoa com deficiência tenha oportunidades reais de ingresso, permanência e progressão profissional, enriquecendo a representatividade e a qualidade da atenção à saúde.

25.2. Barreiras enfrentadas no exercício profissional: físicas, comunicacionais e atitudinais

As barreiras físicas, especialmente arquitetônicas e de equipamentos, continuam a limitar o acesso e a circulação da pessoa com deficiência no ambiente de trabalho e nas unidades de saúde. Apesar das normas técnicas (NBR 9050 e suas revisões) e da legislação, muitas instalações do SUS ainda apresentam obstáculos que impedem o desempenho seguro e autônomo da pessoa com deficiência (ABNT, 1985; Brasil, 2015).

As barreiras comunicacionais atingem diretamente profissionais surdos, com deficiência auditiva e pessoas com deficiência que dependem de meios alternativos de comunicação. A ausência de recursos como intérpretes de libras, material informativo acessível e procedimentos de comunicação adaptados compromete a integração, a segurança do cuidado e a participação plena nas atividades clínicas e de gestão (Lindsay, 2023).

As barreiras atitudinais, preconceitos, estigmas e práticas capacitistas, muitas vezes são as mais difíceis de remover, porque estão enraizadas na cultura institucional. O medo de revelar a condição, a subestimação de capacidades e a falta de preparo de gestores e equipes geram exclusão, restringem progressão na carreira e afetam o bem-estar da pessoa com deficiência (Gomes et al., 2023; Sarsur et al., 2023).

No caso de profissões que exigem destreza manual, como a odontologia, a superação dessas barreiras exige acomodações ergonômicas e tecnologia assistiva, integradas à formação e ao ambiente de trabalho, para viabilizar a atuação competente da pessoa com deficiência (Moran et al., 2024). Pequenas intervenções, como a adequação de rotas e postos de trabalho, disponibilização de intérpretes/recursos comunicacionais e programas de sensibilização contra o capacitismo, têm impacto direto na inclusão e retenção profissional. Porém, a mudança sustentável exige articulação entre normas técnicas, gestão de pessoas e transformação cultural nas instituições de saúde (ABNT, 1985; Lindsay, 2022; Gomes et al., 2023).

25.3. Adaptação do ambiente de trabalho odontológico

A adaptação do ambiente de trabalho odontológico é condição essencial para assegurar que a pessoa com deficiência exerça suas funções com segurança, autonomia e qualidade técnica. Medidas de adaptação variam desde intervenções arquitetônicas e ergonômicas até o desenvolvimento e a prescrição de dispositivos de tecnologia assistiva e intervenções de terapia ocupacional que possibilitem a manipulação de instrumentos, a manutenção de posturas adequadas e a realização de procedimentos clínicos (Moran et al., 2024).

Além das adaptações físicas e tecnológicas, a efetividade da inserção profissional depende da articulação entre gestores, equipes multiprofissionais e da própria pessoa com deficiência: o processo costuma exigir avaliação individualizada das demandas, prototipagem de soluções, treino funcional e ajustes iterativos para que a adaptação se integre à rotina clínica sem reduzir a eficiência do atendimento.

No plano institucional, é imprescindível que essas ações sejam respaldadas por políticas de gestão (recursos humanos, treinamentos, planos de acolhimento) e pelo cumprimento das normas de acessibilidade, pois a ausência de ambiente adequado, e de apoio organizacional, é uma das principais causas de exclusão e subutilização de profissionais com deficiência na odontologia e em serviços de saúde (Gomes et al., 2023; Sarsur et al., 2023).

Os relatos a seguir foram coletados pelo autor Bruno Luis Lima Soares, cirurgião-dentista com deficiência física, por meio de contatos realizados em ambiente online com

cirurgiões-dentistas com deficiência: Thais Nogueira, João Victor Dias Crisóstomo e Marília Lucena de Farias. Os depoimentos foram solicitados e produzidos especificamente para a composição deste guia, com a finalidade de ilustrar trajetórias profissionais, estratégias de adaptação e experiências concretas no exercício da odontologia por pessoas com deficiência. A inclusão desses relatos busca demonstrar que é plenamente possível atuar como cirurgião-dentista com deficiência, desde que sejam superadas as barreiras físicas, atitudinais e institucionais, e que haja acesso a recursos de tecnologia assistiva, adaptações no ambiente de trabalho e condições adequadas de acessibilidade, conforme assegurado pela legislação vigente.

25.4. Vivência de profissionais dentistas com deficiência

➤ Relato 1 — Thais Nogueira (Figura 1)



“Sou Thais Nogueira, cirurgiã-dentista especialista em implantodontia, exercendo a odontologia há mais de 20 anos. Em setembro de 2023, tive choque séptico. Na UTI, foi necessário usar drogas vasoativas (noradrenalina), que causaram necrose de extremidades e oclusão de artéria, resultando na amputação da 1ª e 2ª falanges dos dedos dos pés, punho e mão esquerdos. Em dezembro de 2023, voltei a atender os pacientes, inicialmente dependente de um auxiliar. Posteriormente, um engenheiro projetou um dispositivo para fixar os instrumentais odontológicos, o que me proporcionou mais autonomia durante os atendimentos. Consegui judicialmente a prótese biônica e, após treinos e ajustes de acordo

com a necessidade para exercer a odontologia, finalmente passei a usar a prótese, tendo assim total autonomia nos atendimentos e exercendo a odontologia plenamente.”



Figura 1. A cirurgiã-dentista Thais Nogueira com sua prótese biônica, evidenciando a tecnologia assistiva como aliada na promoção da autonomia profissional na odontologia.

Fonte: fotos cedidas pela autora Thais Nogueira.

➤ Relato 2 — João Victor Dias Crisóstomo (Figura 2)

“Sou João Victor Dias Crisóstomo, cirurgião-dentista formado pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em dentística estética restauradora pelo Centro Universitário Unichristus, mestre em odontologia pela Universidade de Fortaleza. Tenho uma síndrome rara denominada osteogênese imperfeita, conhecida como a síndrome dos ossos de vidro. Essa é uma alteração genética na produção do colágeno tipo 1, responsável pela resistência dos ossos. Desde muito cedo, passei por diversas fraturas em pernas e braços, assim como diversas cirurgias em membros inferiores e coluna. Entrei no curso de odontologia no ano de 2016, sendo o primeiro aluno do curso a utilizar cadeira de rodas. Foram várias as adaptações realizadas ao longo do curso, desde áreas de atendimento mais amplas a adaptações na altura de bancadas. Quanto a adaptações da cadeira odontológica, não foram necessárias pois tenho movimentação dos membros inferiores e consigo pressionar o acionamento dos motores de mão sem problemas. Ao final de minha graduação, fiz o perfil “Dentista sobre rodas”, com o intuito de mostrar o cotidiano de um dentista cadeirante, mostrando que era sim possível realizar a odontologia mesmo em uma cadeira de rodas. Desta forma, hoje sou professor universitário e tento moldar a mente dos futuros profissionais para ter uma odontologia cada vez mais acessível para todos.”





Fonte: fotos cedidas pelo autor João Victor Dias Crisóstomo

Figura 2. O cirurgião-dentista João Victor Dias Crisóstomo em sua prática profissional, evidenciando que a odontologia acessível é possível por meio de adaptações e mudança de paradigmas na formação acadêmica.

➤ Relato 3 — Marília Lucena de Farias

“Meu nome é Marília Lucena de Farias. Sou cirurgiã-dentista formada pela Universidade Federal do Maranhão e atuo na odontologia hospitalar. Minha especialização veio com a residência multiprofissional em Terapia Intensiva no Hospital Carlos Macieira, um período que coincidiu com o início da pandemia de COVID-19, em março de 2020. Foram dois anos intensos, com jornadas de doze horas diárias, cinco dias por semana, dentro da UTI. A sobrecarga de estímulos, dos monitores, dos barulhos, da própria carga horária extensa, foi imensa. Nesse contexto, questões que sempre me acompanharam, como enxaqueca, fotossensibilidade, sensibilidade sensorial e seletividade alimentar, se agravaram significativamente. Foi essa pressão extrema que me levou a buscar ajuda psiquiátrica e psicológica, culminando no diagnóstico tardio de Transtorno do Espectro Autista (TEA) nível 1 de suporte em 2021. O diagnóstico veio tardiamente também pelos estereótipos comuns associados ao autismo. Lidar com uma deficiência “invisível” como o TEA é um desafio constante, pois muitas vezes é minimizada pelos outros. Essa invisibilidade exige que eu busque mecanismos próprios para me manter no mercado de trabalho. Uma experiência que marcou profundamente minha vida foi em 2023: fui nomeada em um concurso público da secretaria de saúde do Distrito Federal pelas cotas a pessoas com deficiência, mas fui impedida de assumir o cargo por não ser considerada “autista o suficiente”. Passei meses em Brasília, desempregada, lutando contra um sistema que quase me matou. Acabei desistindo do concurso e retornei a São Luís, onde continuo atuando em hospitais da cidade. A estabilidade do serviço público era um sonho, e às vezes ainda tenho crises de ansiedade devido às incertezas inerentes ao meu cargo atual. O ambiente hospitalar é complicado para mim justamente por não ter uma rotina fixa; há dias mais tranquilos e outros extremamente puxados, especialmente entre o centro cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva. Mas tenho sorte: meus chefes atuais, que me conhecem desde a residência, entendem um pouco do meu diagnóstico. Esse entendimento me permite conciliar melhor as consultas médicas pessoais com a rotina de trabalho, e faço o possível para não me sobrecarregar.”

25.5. Adaptações para cirurgiões-dentistas com deficiência

O quadro 1 apresenta descrições concisas das adaptações mencionadas nos relatos e nas referências encontradas na literatura, indicando objetivo, material/técnica e dificuldade de implementação.

Quadro 1. Quadro técnico de adaptações para cirurgiões-dentistas com deficiência.

Adaptação	Objetivo / função	Material / técnica / como fazer	Nível de complexidade
Peça de fixação de instrumentais (dispositivo de bancada / suporte)	Permitir que a pessoa com deficiência manipule e organize instrumentos sem necessidade de apreensão bimanual constante; aumenta autonomia (ex.: relato de Thais).	Suporte rígido ou flexível fixado ao equipo/bancada; encaixes padronizados para instrumentais; prototipagem rápida com impressora 3D ou termoplástico e ajuste/fecho tipo gancho/argola para remoção rápida. Testes e iterações com o profissional para ajuste de posicionamento.	Baixa a média (projeto customizado; prototipagem simples).
Prótese biônica / prótese mioelétrica (quando indicada)	Restaurar função de apreensão/ coordenação para	Avaliação especializada; seleção de prótese com controle mioelétrico	Alta (custos e reabilitação; necessidade de treinamento).

	procedimentos que exijam manipulação fina.	u mecânico; treino funcional e ajustes de bancada/pegadores para compatibilizar prótese x instrumentação odontológica.	
Adaptações termoplásticas para instrumentos (espelho, cuba, afastador)	Permitir manipulação de instrumentos por antebraço/mão residual ou suporte; reduzir exigência de pinça bimanual.	Peças termoplásticas de baixa temperatura moldáveis ao antebraço; tiras com gancho/argola; encaixe ao diâmetro do cabo do instrumento; extensores removíveis. Baixo custo, testagem funcional com o usuário.	Baixa (materiais acessíveis; prototipagem rápida).
Controle por voz / sistema eletrônico para cadeira odontológica	Permitir ajuste da posição do paciente (assento/encosto) sem uso de pedal manual por profissionais com limitação nos membros inferiores.	Interface Arduino + módulo reconhecimento de voz (ex.: V3) + interface de potência para acionar pedal/painel da cadeira. Treinamento do módulo para comandos (“cima”, “baixo”, etc.). Testes de distância microfone	Média (eletrônica e integração; segurança crítica).

		e confiabilidade (5–20 cm). Atenção à robustez e a falsos positivos; incluir botão físico de emergência.	
Acionamento manual (alternativo ao pedal): controles de mão ou botões acessíveis	Substituir o acionamento por pedal quando inviável; permitir ativação por mão (botão no equipo, alavanca ou controle de mão).	Reconfiguração do painel/placa da cadeira para entrada por interruptor de mão, botão no equipo ou interface com relés; possibilidade de colocar botão grande, com resposta tátil/visual. Deve respeitar normas elétricas e segurança.	Média-baixa (dependendo de modelo da cadeira).
Controle por reconhecimento direto no equipo (painel programável / memórias de posição)	Reduzir manipulação complexa: posições programáveis (memória 1/2/3) para cadeira e luz; agilizar atendimento.	Programação das memórias do equipo; instrução ao usuário; combinar com alternativas de acionamento (voz / botão de mão).	Baixa.
Ajuste de bancada, altura de pias e boxes amplos (acessibilidade física)	Garantir circulação de cadeira de rodas e posicionamento	Rebaixamento de bancadas/pias; boxes amplos; rotas livres; instalação conforme	Média (obra / reforma).

	ergonômico do profissional; facilitar transferências e acesso a espaços de trabalho.	NBR 9050; projeto participativo com futuros usuários.	
Treino funcional, terapia ocupacional e período de readaptação	Maximizar independência no uso das adaptações e próteses; reduzir tempo de ineficiência; ajustar fluxos clínicos.	Avaliação ocupacional pré-adaptação; sessões de treino simulado; prototipagem iterativa; acompanhamento pós-implementação.	Essencial (contínuo).
Política institucional: tutoria/acolhimento, ajustes de jornada e carreira	Garantir que adaptações técnicas sejam acompanhadas por suporte organizacional (RH, progressão, ajuste de carga).	Planos de acolhimento, registro de acomodações razoáveis, formação de gestores, comitê de acessibilidade.	Organizacional (médio).
Design participativo / prototipagem com usuário	Assegurar que a solução realmente atende às necessidades concretas do profissional.	Workshops, testes em ambiente simulado, ajustes iterativos e documentação das etapas.	Baixa (processo)

Fonte: Relato dos cirurgiões dentistas; Crisóstomo et al. (2022); Gomes et al. (2023); Andrade; Scardovelli (2023); Moran et al, (2024).

A adaptação do ambiente odontológico para a pessoa com deficiência exige a integração de soluções técnicas, como dispositivos de fixação de instrumentais, próteses mioelétricas, controles alternativos de equipo e ajustes ergonômicos, com um processo contínuo de prototipagem, treino funcional e avaliação ocupacional; essas medidas só alcançam seu pleno efeito quando apoiadas por políticas institucionais concretas (gestão de recursos humanos, planos de acolhimento, ajustes de jornada e suporte à carreira) que garantam manutenção, acompanhamento e progressão profissional.

O desenho participativo, com a pessoa com deficiência envolvida desde a concepção até os testes, reduz riscos, amplia a aceitação das soluções e otimiza custos; recomenda-se seguir um plano sequencial de avaliação, prototipagem, certificação técnica, treino e monitoramento, com indicadores claros de retenção, autonomia e qualidade do atendimento, para que as adaptações deixem de ser ações pontuais e se tornem parte da cultura institucional de inclusão.

Para que a pessoa com deficiência exerça plenamente sua profissão na saúde bucal é necessário articular medidas concretas e simultâneas: aplicação rigorosa das normas de acessibilidade (NBR 9050) e cumprimento dos direitos previstos na Constituição e na Lei Brasileira de Inclusão (Brasil, 1988; Brasil, 2015; ABNT, 1985); implementação de adaptações técnicas e tecnológicas com prototipagem e treino funcional individualizado (Moran et al., 2024; Andrade; Scardovelli, 2023); formação e políticas de gestão (editais e processos seletivos acessíveis, acolhimento, planos de carreira) que garantam manutenção e progressão profissional (Gomes et al., 2023; Santos; Borges, 2018); e ações contínuas para eliminar barreiras comunicacionais e atitudinais, combatendo o capacitismo no ensino e no trabalho (Lindsay et al., 2022; Sarsur et al., 2023). Só medidas desse tipo, técnicas, organizacionais e culturais, transformam adaptações isoladas em inclusão sustentável, aumentam a retenção de profissionais com deficiência e aprimoram a qualidade do cuidado odontológico para toda a população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Motta I. V, PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM SITUAÇÃO DE RUA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PROMOVER A EFETIVAÇÃO DE DIREITOS *Direito & Paz* | São Paulo, SP – Lorena | Ano XVII | n. 49 | p. 56-76 | 2º Semestre, 2023.

Decreto no. 7.053/2009 que institui a Política Nacional para População em Situação de Rua
Decreto no 9.894, de 27 de junho de 2019.

PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

PORTARIA Nº 1.028, DE 1º DE JULHO DE 2005 Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Ana Lúcia Abrahão, Emerson Elias Merhy. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface* 18 (49) • Apr-Jun 2014.

<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0166>

Portal Educapes. Projeto Terapeutico Singular. Disponível no endereço

<https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/599920/2/PTS%20Modelo%20simplificado.pdf>

o.p. df. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Projeto Terapêutico Singular na Atenção Primária à Saúde. Divisão de Atenção Primária à Saúde - Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

Pereira, A. P. S et al. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Rev. Bras. Enfermagem 62 (3) • Jun 2009. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000300012>

Tumenas, I. et al. Odontologia Minimamente Invasiva. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. vol.68 no.4 Sao Paulo Out./Dez. 2014. Disponível no endereço http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762014000400002

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Plano Nacional para o Enfrentamento do Estado de Coisas Inconstitucional. Brasília, DF: CNJ, 2025. 1 PDF. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/02/12-02-2025-penahttps://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/02/12-02-2025-pena-justa-fala-efetiva.pdf?utm_source=chatgpt.comjusta-fala-efetiva.pdf. Acesso em: 16 set. 2025.

CNN BRASIL. Quase 1 milhão de pessoas cumpriam pena no Brasil em 2024. São Paulo, 2025. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/brasil/quase-1https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/brasil/quase-1-milhao-de-pessoas-cumpriam-pena-no-brasil-em-2024/?utm_source=chatgpt.commilhao-de-pessoas-cumpriam-pena-no-brasil-em-2024/. Acesso em: 5 set. 2025.

AGÊNCIA BRASIL. Déficit de vagas no sistema carcerário do Brasil passa de 174 mil. Brasília, 12 out. 2024. Disponível em:

https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2024-10/deficit-de-vagas-no-sistema-carcerario-do-brasil-passa-de-174-mil?utm_source=chatgpt.com Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN). Informações penitenciárias referentes ao segundo semestre de 2024. Brasília, DF: MJSP, 15 abr. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/senappen-divulga-informacoes-penitenciarias-referentes-ao-segundo-semester-de-2024?utm_source=chatgpt.com Acesso em: 16 set. 2025.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN). Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen): relatório — junho de 2014. Brasília: MJSP, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2014.pdf>. Acesso em: 5 set. 2025.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2005. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em: 5 set. 2025.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN). Relatório de Informações Penais (RELIPEN) – Brasil, 2024. Brasília: SENAPPEN, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen>. Acesso em: 24 set. 2025.

LUIZ, M. B.; ROLIM, M. Pessoas com deficiência na prisão: anotações sobre uma invisibilidade. Espaço Jurídico Journal of Law – EJJL, v. 25, n. 1, p. 95–110, 2024. DOI: <https://doi.org/10.18593/ejll.34647>. Acesso em: 24 set. 2025.

NAKAMURA, R. K.; TELLES, L. E. B. O que sabemos sobre transtornos do neurodesenvolvimento em pessoas privadas de liberdade? Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1-20, 2025. DOI: <https://doi.org/10.25118/2763><https://doi.org/10.25118/2763-9037.2025.v15.14089037.2025.v15.1408>. Acesso em: 24 set. 2025.

SILVA, G. C.; MOURA, E. P. G. Autistas na prisão. Contribuciones a las Ciencias Sociales, São José dos Pinhais, v. 17, n. 1, p. 1292-1315, 2024. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.1-070>. Acesso em: 24 set. 2025.

YOUNG, S.; MOSS, D.; SEDGWICK, O.; FRADIN, E.; GUDJONSSON, G. A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. Psychological Medicine, v. 45, n. 2, p. 247-258, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291714000762>. Acesso em: 24 set. 2025.

COLLINS, J. et al. A systematic review of autistic people and the criminal justice system: an update of King and Murphy (2014). Journal of Autism and Developmental Disorders, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05138-5>. Acesso em: 24 set. 2025.

PERAIRE, M.; CANTOS, P.; SAMPEDRO-VIDAL, M.; BONET-MORA, L.; ARNAU-PEIRÓ, F. Characterization of autism spectrum disorder inside prison. Revista Española de Sanidad

Penitenciária, v. 25, n. 1, p. 30-39, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18176/resp.00064>. Acesso em: 24 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 03 jan. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 24 set. 2025.

CRISTO, M. et al. A saúde dos homens privados de liberdade no Brasil. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online), Rio de Janeiro, v. 12, p. 299–305, 2020. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8618>. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9310>. Acesso em: 24 set. 2025.

SANTANA, R. J. L.; SANTOS, P. P. Saúde bucal, papel da odontologia no sistema prisional. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 11, n. 6, p. 3466-3473, 2025. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/12345>. Acesso em: 24 set. 2025.

NEVILLE, P. Oral health among UK prisoners. Perspectives in Public Health, v. 135, p. 176-177, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1177/1757913915586652>. Acesso em: 24 set. 2025.

KORKOSZ, R. et al. Oral findings in male prisoners: a systematic review. Journal of Clinical Medicine, v. 13, n. 1736, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm13061736>. Acesso em: 24 set. 2025.

DE ANDRADE BATISTA, M.; DE ARAÚJO, J. L.; DO NASCIMENTO, E. G. C. Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do PNSSP. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 23, n. 2, 2019. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6125>. Acesso em: 27 ago. 2025.

CASTRO, A. A. P.; TRAEBERT, J. Marco regulatório de saúde penitenciária: a saúde bucal das pessoas privadas de liberdade no Brasil. Revista Contemporânea, v. 5, n. 5, p. e8023, 2025.

Disponível

em:

<https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/8023>. Acesso em: 24 set. 2025.

BRASIL. Portaria SES-DF nº 283, de 1º de agosto de 2025. Atendimento odontológico nas unidades prisionais do DF. DODF nº 146, de 06 ago. 2025. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/ATENDIMENTO+ODONTOL%C3%93GICO+NAS+UNIDADES+PRISIONAIS+%281%29.pdf/4f761596-1e3b-607d-3481-eb755b4549e4>. Acesso em: 24 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). Procedimento Operacional – Odontologia (Sistema Penitenciário Federal). Brasília: DEPEN/MJSP, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/assuntos/spf/assistencias-ao-presos/arquivos/procedimento-operacional-odontologia.pdf>. Acesso em: 24 set. 2025.

BATISTA, M. A.; ARAÚJO, J. L.; NASCIMENTO, E. G. C. Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do plano nacional de saúde do sistema penitenciário. Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 23, n. 1, p. 71-80, maio/ago. 2019. DOI: 10.25110/arqsaude.v23i2.2019.6125.

Zarb GA, et al. The FCM framework for stratification of patients with special care needs in dentistry. Spec Care Dentist. 2023.

Espinoza KM. Oral health advocacy for people with special health care needs. Dent Clin North Am. 2022.

Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da União, 2015.

FDI World Dental Federation. Policy statement: Oral health and special care dentistry. Int Dent J. 2025.

International Association for Disability and Oral Health (iADH). Education and training resources. 2020–2024.

World Health Organization. Global Oral Health Status Report. Geneva: WHO; 2022.

World Health Organization. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030. Geneva: WHO; 2024.

World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência. Brasília: MS; 2012.

Conselho Federal de Odontologia (CFO). Resolução CFO nº 22/2001. Reconhecimento da especialidade em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Diário Oficial da União, Brasília, 21 dez. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivos financeiros para reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048/2000 e nº 10.098/2000. Diário Oficial da União, Brasília, 3 dez. 2004.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Diário Oficial da União, Brasília, 10 jul. 2008.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Diário Oficial da União, Brasília, 26 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2010. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.341, de 13 de junho de 2012. Estabelece incentivo financeiro para Centros de Especialidades Odontológicas na RCPD. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da União, Brasília, 7 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Diretrizes para o Cuidado em Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência. Brasília: MS, 2019.

BRASIL. Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde Bucal. Diário Oficial da União, Brasília, 9 maio, 2023.

CLEMENTE, Karina Aparecida Padilha et al. Barreiras ao acesso de pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, 2022.

COSTA F. S., POSSEBOM dos Santos L., CHISINI L. A. Inequalities in the use of dental services by people with and without disabilities in Brazil: a National Health Survey. *Clin Oral Investig.* 2024. SpringerLink.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. Deficiência, direitos humanos e justiça. *Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos*, v. 6, n. 11, p. 64-77, 2009.

FERREIRA, L. R. G.; RIBEIRO, E. O. A.; PRESTES, G. B. de R.; BRUM, J. R. Acesso de pessoas com deficiência aos serviços de saúde bucal. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 7, n. 14, p. 101-115, 2024. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/999>. Acesso em: 3 out. 2025.

GALVÃO M. H. R., RONCALLI A. G. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. *BMC Public Health*. 2021;21:541.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/55984>.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência: revisão crítica da literatura. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 44, n. 4, p. 215-222, 2015.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ONU. Organização das Nações Unidas. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Nova Iorque: ONU, 2006.

PUCCA JÚNIOR, Gilberto Antônio et al. A política nacional de saúde bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 123–130, 2006.

RIBEIRO, I. B.; MOURA, S. M. Acesso de pessoas com deficiência a serviços de saúde bucal públicos no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Revista FOCO*, v. 18, n. 1, p. 115, 2025. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/7451>. Acesso em: 3 out. 2025.

AMORIM, Annibal Coelho et al. A linguagem como operadora do déficit na cultura: O viés capacitista na saúde e educação. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 9, p. e21210917889-e21210917889, 2021.

BRASIL, Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>. Acesso em 23 mar. 2016.

BORGES, Henrique; CARVALHOSA, Aburad. Avaliação do conhecimento sobre saúde bucal de pais e cuidadores de crianças e adolescentes com deficiência. *Epilepsia*, v. 1, n. 1, p. 00, 2013.

CARDOSO, Andreia Medeiros Rodrigues et al. O acesso ao cuidado em saúde bucal para crianças com deficiência motora: perspectivas dos cuidadores. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 11, n. 4, p. 593-599, 2011.

CASTILHO, Lia Silva et al. Experiência de uma disciplina da Odontologia da UFMG na Formação Transversal em Acessibilidade e Inclusão. *Revista Docência do Ensino Superior*, v. 10, p. 1-15, 2020.

CORREIA, Milene. Me enhas aventuras & [@meenhasaventuras]. Instagram, 2025.

Disponível em: <https://www.instagram.com/meenhasaventuras/>. Acesso em: 5 ago. 2025.

DAMIANCE, Patrícia Ribeiro Mattar. Acesso da pessoa com deficiência múltipla aos serviços de saúde bucal. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

DIAS, A. Por uma genealogia do capacitismo: da eugenia estatal a narrativa capacitista social. Anais do I Simpósio Internacional de Estudos sobre a Deficiência – SEDPcD/ Diversitas/USP Legal – São Paulo, junho/2013.

DHANANI, Zainub et al. Deconstructing ableism in health care settings through case-based learning. MedEdPORTAL, v. 18, p. 11253, 2022.

FERREIRA, Simone Helena et al. Percepção de estudantes de graduação em Odontologia frente ao atendimento de pessoas com deficiência. Revista da ABENO, v. 17, n. 1, p. 8796, 2017.

GERALDO, J. P. B.; ANDRADE, S. M. O.. Pessoas com deficiência e as barreiras aos serviços de saúde: uma metassíntese. Research, Society and Development, v. 11, n. 6, p. e25811629082- e25811629082, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29082/25186> . Acesso em: 14 nov. 2024.

HILLEBRECHT, Anna-Lena et al. Effects of a disability-simulating learning unit on ableism of final-year dental students—a pilot study. Special Care in Dentistry, v. 43, n. 6, p. 839-847, 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: microdados 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

LAGE, Sandra Regina Moitinho; LUNARDELLI, Rosane Suely Alvares;

KAWAKAMI, Tatiana Tissa. O capacitismo e suas formas de opressão nas ações do dia a dia. *Encontros Bibli*, v. 28, p. e93040, 2023.

LIMA, Djalma Antonio de et al. Accessibility for people with motor disabilities at CEOs in Brazil: an ecological study. *Brazilian Oral Research*, v. 39, p. e080, 2025.

LUNDBERG, Dielle J.; CHEN, Jessica A. Structural ableism in public health and healthcare: a definition and conceptual framework. *The Lancet Regional Health–Americas*, v. 30, 2024.

LUZIA, F. J. M. et al. Desafios no acesso aos serviços de saúde por pessoas com deficiência: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 97, n. 2, p. e023079-e023079, 2023. Disponível em:
<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1538/3120> .
 Acesso em: 14 nov. 2024.

MARTINELLI, Ana Carolina Candido et. al. Interseccionalidade e capacitismo no trabalho em saúde: uma revisão narrativa. In: SANTOS, Edirlei Machado dos (org). *Interseccionalidade e equidade em saúde: gênero, raça e deficiências no trabalho no SUS*. Guarujá: Editora Científica Digital, 2025.p.34-47. DOI: 10.37885/978-65-5360-872-6

MELLO, Anahi Guedes de. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. *Ciência & saúde coletiva*, v. 21, n. 10, p. 3265-3276, 2016.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 751, de 15 de junho de 2023, que modifica a Portaria de Consolidação GM/MS no 5, de 28 de setembro de 2017, para criar o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal – SESB. Disponível em:
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-751-de-15-de-junho-de-2023-490746192>.

Portaria GM/MS Nº 6.748, DE 19 DE março DE 2025

Portaria GM/MS nº 751, de 15 de junho de 2023

MOHD, Farah N.; SAID, Abdul H.; NAJI, Ahmad Syahir Mat. Perceptions toward healthcare and dental care services among parents and caretakers of people with intellectual disability (PWID)—A questionnaire study. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, v. 13, n. 1, p. 54-61, 2023.

MARTINS, C. F. et al. Análise da Política de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência em uma capital da Região Nordeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, p. e33062, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/FSffmctWTwbYBZG4gLsP3yk/>.

ORTEGA, Mariana Martins et al. Assistência em saúde bucal na percepção das pessoas com deficiência visual. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 27, n. 03, p. 331-337, 2019.

PAIVA-NETO, Artur Fernandes de Paiva. Ensino para deficientes visuais mediante a utilização de um guia de saúde oral. 2020.

PEREIRA, Rodolfo Macedo et al. Percepção das pessoas surdas sobre a comunicação no atendimento odontológico. *Revista Ciência Plural*, v. 3, n. 2, p. 53-72, 2017.

QUEIROZ, Rejane Christine de Sousa et al. Oral health care for people with disabilities in Brazil: Transition from the specialized dental services between 2014 and 2018. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 50, n. 1, p. 48-57, 2022

SASSAKI, Romeu Kazumi. Capacitismo, incapacitismo e deficientismo na contramão da inclusão. *Revista Reação*, ano XVII, n. 96, jan./fev. 2014, p.10-12. Atualizado em 1º/maio/2020. Disponível em:

<https://www.sociedadeinclusiva.com.br/2020/05/01/capacitismo-incapacitismo-e-deficientismo-na-contramao-da-inclusao/>

SILVA, W. J. et al. Sexualidade, gênero e deficiência na Atenção Primária: uma análise a partir do papel dos profissionais de saúde à luz da Saúde Coletiva. Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida, v. 16, n. 1, p. 8-8, 2024. Disponível em: <https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/1562/1099> .

SOARES, Bruno Luis Lima. Construindo uma odontologia mais inclusiva: um projeto de intervenção para enfrentar o capacitismo. Orientador: Lana Bleicher. 2024. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde Coletiva, Área de Concentração em Saúde da Família, Universidade

VENDRAMIN, Carla. Repensando mitos contemporâneos: o capacitismo. Simpósio Internacional repensando mitos contemporâneos, v. 2, p. 16-25, 2019.

Albuquerque MSV, Lyra TM, Melo APL, Valongueiro SA, Araújo TVB, Pimentel C, et al. Access to healthcare for children with Congenital Zika Syndrome in Brazil: perspectives of mothers and health professionals. Health Policy Plan. 2019;34(7):499-507. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz059>.

ALONSO, Miguel Ángel Verdugo & RÍO, Cristina. El empleo con apoyo: una nueva posibilidad laboral para personas con discapacidad. Salamanca: 1993.

ALVES, Aline da Silva; SACRAMENTO, Carolina. Acessibilidade: barreiras e soluções. In: COSTA, Valéria Machado da (coord.). Curso de Acessibilidade e os Princípios do SUS: formação básica para trabalhadores da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Icict, 2019. Módulo 3, parte 2. Disponível em: https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/acessibilidadehttps://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/acessibilidade-sus/downloads/modulo_3/Apostila-acessivel_mod3-parte2.pdf

AMIRALIAN, M. et al. The concept of disability. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 97-103, 1 fev. 2000.

ASSUNÇÃO, M. L. B. et al. Atendimento em saúde à pessoa com deficiência e a formação inicial do profissional de saúde: o que há entre nós? *Revista Brasileira de Educação Especial* [online], v. 26, n. 2, p. 327-342, 2020. Epub 08 jun. 2020. ISSN 1980-5470. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-54702020v26e0181>.

BAIONI, Jean Carlos. Avaliação do acesso ao serviço de saúde bucal na atenção primária, por pessoas com deficiência. 2024. 1 recurso online (79 p.) Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP. Disponível em: 20.500.12733/27038.

BARNES, C. The social model of disability: valuable or irrelevant?. In: WATSON, N.; ROULSTONE, A.; THOMAS, C. *The routledge handbook of disability studies*. London: Routledge, 2012. p. 12-29.

BISOL, Cláudia Alquati; PEGORINI, Nicole Naji; VALENTINI, Carla Beatris. Pensar a deficiência a partir dos modelos médico, social e pós-social. *Cadernos de Pesquisa*, v. 24, n. 1, p. 87–100, 24 Mai 2017. Disponível em: <https://cajapio.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/6804>.

BRASIL. Presidência da República. Lei no 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20152018/2015/lei/l13146.htm

BRASIL. Congresso Nacional. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2199, de 2022. Ementa: Estabelece a utilização do Símbolo Internacional de Acessibilidade; altera a Lei nº 7.405, de 12 de novembro de 1985; e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 2022. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154345>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/9872>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2023?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia>.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2009.

CASTRO, Ane Milena Macêdo et al. Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa. Práticas e cuidado: revista de saúde coletiva, v. 2, p. e11351-e11351, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/11351>.

CLEMENTE, K. A. P. et al. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. Revista de Saúde Pública, v. 56, p. 64, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003893>.

CORREIA, Milene. Me enhas aventuras & [@meenhasaventuras]. Instagram, 2025. Disponível em: <https://www.instagram.com/meenhasaventuras/>.

CROW, L. Including all of our lives: renewing the social model of disability. In: MORRIS, J. (Ed.). Encounters with strangers: feminism and disability. London: Women's Press, 1992. p. 1-21.

CRUZ, Vanessa Viana, ET AL . Barreiras de acessibilidade para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida: revisão integrativa. Research, Society and Development. v. 9, n. 4, e168943053, 2020 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409. Publicado 22/03/2020. Disponível em ^[1]_[SEP]: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/3053/2306/12389>.

FERREIRA, R. H. S. et. al. Direito à saúde: os desafios para a acessibilidade e inclusão da pessoa com deficiência na Atenção Primária em Carangola-MG. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 9, n. 9, p. 2156-2169, 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11336>.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

GARCIA, Carla Cristina. Sociologia da acessibilidade. IESDE BRASIL SA, 2012.

GUSMÃO, N. M. M. de. Antropologia, estudos culturais e educação: desafios da modernidade. Pro-Posições, Campinas, v. 19, n. 3(57), p. 47-82, set./dez. 2008.

GERALDO, J. P. B.; ANDRADE, S. M. O.. Pessoas com deficiência e as barreiras aos serviços de saúde: uma metassíntese. Research, Society and Development, v. 11, n. 6, p. e25811629082- e25811629082, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29082/25186> .

HILGEMBERG A, LEMOS JRD, GOMES JR. Evidências preliminares da atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência nas Unidades Básicas de Saúde em uma cidade do estado do Paraná, Brasil. Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul, jan./mar., 2018; 16(55):57-63.

LIMA, Francisco José de; TAVARES, Fabiana Santos Silva. Barreiras atitudinais: obstáculos à pessoa com deficiência na escola. In: SOUZA, Olga Solange Herval (org.). Itinerários da inclusão escolar: múltiplos olhares, saberes e práticas. Porto Alegre: AGE, 2008. Disponível em:

https://books.google.com.br/books/about/Itiner%C3%A1rios_da_inclus%C3%A3o_escolar.html?id=uExDXSnIb_MC&redir_esc=y .

OLIVER, M. J. Capitalism, disability and ideology: a materialist critique of the normalization principle. In: FLYNN, R. J.; LEMAY, R. A. A quarter-century of normalization and social role valorization: evolution and impact. Ottawa: University of Ottawa Press, 1999a.

Disponível em: <<http://www.independentliving.org/docs3/oliver99.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2016.

Organização das Nações Unidas - ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU. Disponível em: https://cibercrime.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/declaracao_universal_dos_direitos_do_homem_1.pdf .

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial sobre a Deficiência. São Paulo: Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011. Disponível em: https://afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9788564047020_por.pdf.

RIBEIRO, Isabella Batista; MOURA, Samara Marques. ACESSO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA A SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL PÚBLICOS NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. REVISTA FOCO, v. 18, n. 1, p. e7451-e7451, 2025.

ROSA, Saulo V. et al. Barriers in access to dental services hindering the treatment of people with disabilities: a systematic review. International journal of dentistry, v. 2020, n. 1, p. 9074618, 2020.

SASSAKI, Romeu Kazumi. As sete dimensões da acessibilidade. São Paulo: Lavratus Prodeo, 2019.

SANTOS, M. L. M. et al. Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades

Básicas de Saúde, 2012. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online], v. 29, n. 2, e2018258, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200022>. Acesso em: 15 nov. 2024.

SHAKESPEARE, T. Disability, identity and difference. In: BARNES, C.; MERCER, G. Exploring the divide: illness and disability. Leeds: The Disability Press, 1996. p. 94-113.

SILVA, Marco Antonio Gomes Teixeira da; MACHADO, Mariana Mattos Manhães; CARDOSO, Sergio Luis. Reflexões sobre o conceito de capacitismo no ambiente acadêmico. ALTUS CIÊNCIA, v. 26, n. 1, p. 179-197, 2025.

SILVEIRA, Bruno Perozzi; PIMENTEL, Guilherme Henrique; ZORZI, Thais Holanda Abreu. Inclusão além das barreiras: desafiando o capacitismo no ambiente escolar. Revista de Educação da Faculdade SESI-SP, v. 1, 2024.

SOARES, Bruno Luis Lima; RIBEIRO, Cauana de Carvalho; PINHEIRO, Amanda França Vidal. Caminhos para a Inclusão: Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde para Pessoas com Deficiência no Brasil. Orientadora: Evanira Rodrigues Maia. 2025. 14 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Promoção da Saúde, Universidade Federal do Cariri, Juazeiro do Norte, 2025.

VOGEL, Mayara Trapp; WIETHOLTER, Paula; PIETROBON, Louise. Integralidade da prática profissional do odontólogo no atendimento às pessoas com deficiência. Revista Ciência e Saúde On-line, v. 3, n. 2, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care. Disponível em: Primary health care. Acesso em: 15 ago. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de

Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 156 p. : il. ISBN 978-85-334-2176-9

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 265 p. : il. ISBN 978-85-334-2737-2

American Academy of Pediatric Dentistry. Management of dental patients with special health care needs. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2024:343-50.

CURY, J. Cariologia & fluoretos em odontologia: da pediatria à geriatria. 1. ed. São Paulo: Santos Publicações, 2024. 200 p. ISBN 978-6584536647.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2024/consulta-publica-guia-de-recomendacoes-para-o-uso-de-fluoretos-no-brasil/guia-de-recomendacoes-para-uso-de-fluoretos-no-brasil.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2025.

PITTS, N.; BAEZ, R.; DIAZ-GUALLORY, C. et al. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. International Journal of Paediatric Dentistry, v. 29, p. 384–386, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Manual das doenças não cariosas e da síndrome do envelhecimento precoce bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 52 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_doencas_cariosas_sindrome_envelhecimento.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025. ISBN 978-65-5993-683-0.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Diretriz para a prática clínica na Atenção Primária à Saúde: manejo de lesões profundas de cárie [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 57 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_odontologica_lesoescaurie.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025. ISBN 978-65-5993-554-3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena. Tratamento restaurador atraumático (ART) [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 55 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_restaurador_atraumatico.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025. ISBN 978-65-5993-675-5.

DIAS, M. B. et al. A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios e a valorização necessária da atenção primária à saúde. *Journal of Management & Primary Health Care, Brasil*, v. 6, n. 1, p. 1–7, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 98 p.

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES (AAIDD). *Intellectual disability: definition, diagnosis, classification, and systems of supports*. 12. ed. Washington, DC: AAIDD, 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR*. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2022.

AAIDD. *Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports*. 12. ed. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2021.

APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5. ed., texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2022

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on health equity for persons with disabilities. Geneva: World Health Organization, 2023.

Lee K, Cascella M, Marwaha R. Intellectual Disability. 2023 Jun 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547654/>.

Monte FMM, Furtado R. Periodontal treatment and drug-induced gingival hyperplasia: Systematic literature review. RSD. 2023 Jul. 9 12(7):e2912741421. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i7.41421>.

Melo AB, Yacub Áissa T, Moraes EPS, Costa SA, Costa SA, Ladeira LLC. Associação entre medicamentos líquidos e cárie dentária infantil: uma revisão narrativa da literatura. Cad. Pedagógico. 2025 jan. 17 2025;22(3):e13417. <https://doi.org/10.54033/cadpedv22n3-006>.

Dantas MAPD, De Oliveira MDF, Dantas RF. DIAGNOSIS AND TREATMENT DRUG INDUCED GINGIVAL HYPERPLASIA. Health and Society, v. 1, n. 01, 2021. <https://doi.org/10.51249/hes01.01.2021.170>.

Ribeiro MRC, Khouri R, Sousa PS, Branco MRFC, Batista RFL, Costa EPF, Alves MTSSB, Amaral GA, Borges MCR, Takahasi EHM, Gomes LN, Mendes AKT, Cavalcante TB, Costa LC, Félix, AC, Souza NCS, Silva AAM. (2020). Plaque Reduction Neutralization Test (PRNT) in the Congenital Zika Syndrome: Positivity and Associations with Laboratory, Clinical, and Imaging Characteristics. Viruses, 12(11), 1244. <https://doi.org/10.3390/v12111244>.

Alwadi MA, AlJameel AH, Baker SR, Owens J. Access to oral health care services for children with disabilities: a mixed methods systematic review. BMC Oral Health. 2024 Aug 27;24(1):1002. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04767-9>.

Pereira LGA, Hilgert JB, Baumgarten A, Goulart BNGD, Hashizume LN, Rech RS. 2025. Proficiência motora, nível de dependência, fadiga e cárie dentária em pessoas com deficiência intelectual e seus cuidadores. *Revista ciências e odontologia*. Brasília: Faculdade ICESP, 2017-. Vol. 9, n. 1 (2025), p. 48-56.

Ward LM, Cooper SA, Hughes-McCormack L, Macpherson L, Kinnear D. Oral health of adults with intellectual disabilities: a systematic review. *J Intellect Disabil Res*. 2019 Nov;63(11):1359-1378. doi: 10.1111/jir.12632. <https://doi.org/10.1111/jir.12632>.

Robert JG, Wim PK, Vincent R, Aly W, Driessen JMM. The prevalence of bruxism in children with profound intellectual and multiple disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Dental Sciences and Craniofacial Biology*, v. 15, p. 10013 1, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.dscb.2024.100131>.

Mehta V, Tripathy S, Merchant Y, Mathur A, Negi S, Shamim MA, Abullais SS, Al-Qarni MA, Karobari MI. Oral health status of children with intellectual and developmental disabilities in India: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr*. 2024 Nov 18;24(1):748. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05242-8>.

Fortuna G, Whitmire S, Sullivan K, Alajbeg I, Andabak-Rogulj A, Pedersen AML, Vissink A, di Fede O, Aria M, Jager DJ, Noll J, Jensen SB, Wolff A, Brennan MT. Impact of medications on salivary flow rate in patients with xerostomia: a retrospective study by the Xeromeds Consortium. *Clin Oral Investig*. 2023 Jan;27(1):235-248. <https://doi.org/10.1007/s00784-022-04717-1>.

Flood, B. Dry mouth affects people with intellectual or learning disabilities, as well as older people, *Clinical Pharmacokinetics*. January 2018. <https://doi.org/10.1211/PJ.2018.20204218>.

Cabrita JP, Graça MF, Bizarra SR. Prevalence of malocclusion in individuals with and without intellectual disability: a comparative study. *Special Care in Dentistry*, v. 37, n. 4, p. 181-186, 2017. <https://doi.org/10.1111/scd.12226>.

D'Onofrio L. Oral dysfunction as a cause of malocclusion. *Orthod Craniofac Res*. 2019 May;22 Suppl 1(Suppl 1):43-48. <https://doi.org/10.1111/ocr.12277>.

Doriguêto PVT, Carrada CF, Scalioni FAR, Abreu LG, Devito KL, Paiva SM, Ribeiro RA. Malocclusion in children and adolescents with Down syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent*. 2019 Jul;29(4):524-541. <https://doi.org/10.1111/ipd.12491>.

Khan AJ, Afrose T, Nuha FA, Islam MA, Ahmad MSB. Bruxism management in individuals with autism spectrum disorder and down syndrome - A systematic review. *Spec Care Dentist*. 2024 May-Jun;44(3):645-658. <https://doi.org/10.1111/scd.12931>.

Neurath N, Kesting M. Cytokines in gingivitis and periodontitis: from pathogenesis to therapeutic targets. *Front Immunol*. 2024 Aug 26;15:1435054. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1435054>.

Chandra Nayak S, Latha PB, Kandanattu B, Pypmallyl U, Kumar A, Kumar Banga H. The Oral Microbiome and Systemic Health: Bridging the Gap Between Dentistry and Medicine. *Cureus*. 2025 Feb 12;17(2):e78918. <https://doi.org/10.7759/cureus.78918>.

Sahai VV, Hugar SM, Bhusari BN, Gokhale N, Kajave KR, Kumthekar SS. Evaluation of the effectiveness of novel oral hygiene aids in the prevention of gingival diseases in children and adolescents with special healthcare needs - A systematic review and meta-analysis. *Dent Res J (Isfahan)*. 2025 Feb 20;22:5. https://doi.org/10.4103/drj.drj_286_24.

Soares MSM., Cavalcanti RL, Gonçalves LFF, Assis IOD. (2021). Relação de xerostomia com fatores bucais e sistêmicos. RGO-Revista Gaúcha de Odontologia, 69, e20210037.

Alzaharani AAH, Bhat N. An Observation Study of Caries Experience and Potential Risk Assessments among Disabled Individuals Living in an Institutional Rehabilitation Centre. Life (Basel). 2024 May 9;14(5):605. <https://doi.org/10.3390/life14050605>.

Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. Spec Care Dentist. 2010 May-Jun;30(3):110-7. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2010.00136.x>.

Polak D, Sanui T, Nishimura F, Shapira L. Diabetes as a risk factor for periodontal disease-plausible mechanisms. Periodontol 2000. 2020 Jun;83(1):46-58. <https://doi.org/10.1111/prd.12298>.

Zhao M, Xie Y, Gao W, Li C, Ye Q, Li Y. Diabetes mellitus promotes susceptibility to periodontitis-novel insight into the molecular mechanisms. Front Endocrinol (Lausanne). 2023 Aug 16;14:1192625. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1192625>.

Sanz M, Ceriello A, Buysschaert M, Chapple I, Demmert, Graziani F, Herrera D, Jepsen S, Leone L, Madianos P, Mathur M, Montanya E, Shapira L, Tonetti M, Vegh D. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. Diabetes Res Clin Pract. 2018 Mar;137:231-241: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.12.001>.

Tonetti MS, Van Dyke TE; working group 1 of the joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. J Periodontol. 2013 Apr;84(4 Suppl):S24-9. <https://doi.org/10.1902/jop.2013.1340019>.

Vetorazzo KRS, Rolim TFA, Rolim AKA, Guedes MCBM, Souza SLX. Prevalence of oral changes in patients with special needs. RSD. 2020 Jan. 1;9(2):e146922148. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i2.2148>.

Alzahrani AAH. Periodontal Health among Individuals with Intellectual Disabilities Living in a Saudi Institutional Rehabilitation Centre. Healthcare (Basel). 2024 Apr 25;12(9):891. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090891>.

Szmirnova I, Szmirnov G, Gellerd E, Nemeth Z, Kivovics M, Szabo G. Challenges and strategies in dental care for patients with intellectual disabilities in Hungary. Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery, v. 47, n. 1, p. 8, 2025. DOI: 10.1186/s40902-025-00460-1

Figueiredo MC, Farias CSS, Führ JS, Gouvêa DB, Marques LX, Potrich ARV. ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA COGNITIVA EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA NO SUL DO BRASIL. Rev. Foco]. 2024 Jun 19;17(6):e5250.<https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n6-077>.

Rösing CK, Garduño E, Bussadori SK, Zerón A, Soares PV, Saadia M, Villar CC. Powered toothbrushes: an opportunity for biofilm and gingival inflammation control. Int J Dent. 2022;2022(1):6874144. <https://doi.org/10.1155/2022/6874144>.

Drożdżik A, Drożdżik M. Drug-induced gingival overgrowth – molecular aspects of drug actions. Int J Mol Sci. 2023;24(6):5448. <https://doi.org/10.3390/ijms24065448>.

Hartwig AD, Silva Júnior IF, Stürmer VM, Schardosim LR, Azevedo MS. Recursos e técnicas para a higiene bucal de pacientes com necessidades especiais. Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas. 2018 Dec;18(2):1-10.

Palmieri A, Pellati A, Lauritano D, Lucchese A, Carinci F, Scapoli L, Martinelli M. Drugs That Induce Gingival Overgrowth Drive the Pro-

Inflammatory Polarization of Macrophages In Vitro. *Int J Mol Sci.* 2024 Oct 24;25(21):11441. <https://doi.org/10.3390/ijms252111441>.

Misrabi A, Sharma D, Sharma M, Uppal S, Sadal M. Prevalence of dental caries and oral hygiene among specially-abled children. *Bioinformation.* 2024 Oct 31;20(10):1238-1243. <https://doi.org/10.6026/9732063002001238>.

Wolff A, Joshi RK, Ekström J, Aframian D, Pedersen AM, Proctor G, Narayana N, Villa A, Sia YW, Aliko A, McGowan R, Kerr AR, Jensen SB, Vissink A, Dawes C. A Guide to Medications Inducing Salivary Gland Dysfunction, Xerostomia, and Subjective Sialorrhea: A Systematic Review Sponsored by the World Workshop on Oral Medicine VI. *Drugs R D.* 2017 Mar;17(1):1-28. <https://doi.org/10.1007/s40268-016-0153-9>.

Ostrowska M, Settaf-Cherif L, Kiersztyn J, Ostrowski A, Drewa TA, Adamowicz J, Wróbel MJ. Drug-induced xerostomia and hyposalivation in patients with overactive bladder: a prospective open-label observational study comparing antimuscarinics and β 3-adrenoceptor agonists. *Sci Rep.* 2025 Jul 9;15(1):24758. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-09720-6>.

Ferrandez-Pujante A, Pons-Fuster E, López-Jornet P. Efficacy of Photobiomodulation in Reducing Symptomatology and Improving the Quality of Life in Patients with Xerostomia and Hyposalivation: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Med.* 2022 Jun 14;11(12):3414. <https://doi.org/10.3390/jcm11123414>.

Melo JLMA, Nunes FPES, Coelho CPES, Heller D, Guimarães MDCM, Do T, Borges LGDA, Grisi DC, Dame-Teixeira N. Low-level laser and transcutaneous electrical nerve stimulation on salivary glands impact type 2 diabetes mellitus oral microbiome: an interim analysis of a randomized trial. *Lasers Med Sci.* 2025 Sep 20;40(1):372. <https://doi.org/10.1007/s10103-025-04609-2>.

Sampathkumar B, Rudraiah CB, Khanum N, Paramasivam K, Gade V. Caries Preventive Strategies in Specially Abled Children: A Systematic Review. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2025 Apr;18(4):466-472. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-3100>.

Portela MCB, de Oliveira NAR, Mercante CG, Portes FN, Mansur-Caetano R. Saúde bucal e atendimento odontológico em pacientes com deficiências / Oral health and dental care in patients with disabilities. *Braz. J. Hea. Rev.* 2021 Jan. 10;4(1):706-12. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-060>.

Molina G, Zar M, Dougall A, McGrath C. Management of dental caries lesions in patients with disabilities: Update of a systematic review. *Front Oral Health*. 2022 Oct 28;3:980048. <https://doi.org/10.3389/froh.2022.980048>.

Risemberg RIS, Silva AKRO da, Pedron IG, Shitsuka C, Maltarollo TH. Conhecimento dos responsáveis sobre o dentifrício fluoretado e fluorose. *EACAD*. 1 jun 2021;2(2):e022226. <https://doi.org/10.52076/eacad-v2i2.26>.

Amiria F, Gumilas NSA.

The association between poor oral hygiene and infective endocarditis risk in rheumatic heart disease patients: a systematic review. *Padjadjaran Journal of Dentistry*. 2025 Jul;37(2):258-267. <https://doi.org/10.24198/pjd.vol37no2.59405>.

Kussainova Z, Kulmaganbetov M, Abiltayev A, Bulegenov T, Salikhanov I.

Risk of Infective Endocarditis Following Invasive Dental Procedures: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Public Health Rev.* 2025 Jan 8;45:1607684. <https://doi.org/10.3389/phrs.2024.1607684>.

Amarasena N, Luzzi L, Brennan D. Effect of Different Frequencies of Dental Visits on Dental Caries and Periodontal Disease: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Sep 28;20(19):6858. <https://doi.org/10.3390/ijerph20196858>.

El-Sayed F. The long-term benefits of regular dental check-ups in preventing oral diseases. *J Oral Hyg Health*. 2024;12(6):454.

Pereira AL, Gomes AWB, Araújo RV, Mariano NS, Marinho FG, Santos DF, et al. Pacientes portadores de necessidades especiais (PPNE) em odontopediatria: desafios e abordagens adaptadas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 2023;5(3):547-562. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n3p547-562>.

Couto GRC, Pires ALPV, Azevedo JSDJ, Guedes EVB, Cardoso MCAC, Santos MAL, Amaral RC, Santos HLR. Estratégias para condicionamento comportamental durante atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais: Recursos existentes para condicionamento do comportamento dos pacientes com necessidades especiais. *TEMPUS*. 10 may 2025;17(3). <https://doi.org/10.18569/tempus.v17i3.3340>.

Biasotto M, Poropat A, Porrelli D, Ottaviani G, Rupel K, Preda MTB, Di Lenarda R, Gobbo M. Dental Treatment in Special Needs Patients and Uncooperative Young Children: A Retrospective Study. *Medicina (Kaunas)*. 2024 Jan 3;60(1):91. <https://doi.org/10.3390/medicina60010091>.

Gallottini SG, Giammarini S, Amato A, Gallottini L. General anesthesia and dental sedation in patients with special needs: why, when and how. *J Osseointegration*. 2023;15(1):62-78. <https://doi.org/10.23805/JO.2023.15.01.03>.

Medrado AP, Silva DARC, Wanderley FGC. Estudo da prevalência de lesões em mucosa oral de pacientes portadores de necessidades especiais. *Rev Bahiana Odontol*. 2015;6(2):73-80. <https://orcid.org/0000-0003-2271-9916>.

Camargo GR, Guedes TJC, Scabar LF, Giovani EM, Coelho-Sousa HD. Saúde bucal em pacientes portadores de necessidades especiais. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2024;24(12):e18372. <https://doi.org/10.25248/reas.e18372.2024>.

Barros DD, Catão MHCV. Avaliação da fotobiomodulação do laser de baixa intensidade no tratamento de úlcera traumática oral: uma revisão integrativa da literatura. *Res Soc Dev*. 2022;11(4):e18811427325. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27325>.

Mahmoud EF, Omar OM. Erosive and cariogenic potential of various pediatric liquid medicaments on primary tooth enamel: A SEM study. *Dent Med Probl*. 2018 Jul-Sep;55(3):247-254. <https://doi.org/10.17219/dmp/91539>.

Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116(15):1736-54. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.183095>. Disponível no site da American Heart Association (<https://www.ahajournals.org/>).

AMARAL, C. et al. Autistic patient: methods and strategies of conditioning and adaptation for dental care. *Arch Oral Res*, v.8, p. 143-151, 2012

Amaral, L. D.; Portilho, J. A. C.; Mendes, S. C. T. Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na Saúde Bucal Coletiva. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 5, n. 3, p. pg. 105–114, 2011. DOI: 10.18569/tempus.v 5i3.1046. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1046>. Acesso em: 8 set. 2025.

Amaral LD et al. The need for training dentists for dental care for people with autism spectrum disorder. *Rev Odontol Bras Central*. 2021, 30(89), 403-421.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Bartolomé-Villar B et al. Incidence of oral health in paediatric patients with disabilities: sensory disorders and autism spectrum disorder. Systematic Review II. J Clin Exp Dent 2016;8(3):334-51.

Ayres AJ. Sensory integration and learning disorders. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 1972.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Centros de Atenção Psicossocial: os CAPS no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial.pdf. Acesso em: 7 set. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 342 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 2 set. 2025.

Brasil. Ministério da Cidadania. Sistema Único de Assistência Social – SUAS: marco legal e institucional. Brasília: Ministério da Cidadania, 2018b. Disponível em: <https://www.gov.br/mds>. Acesso em: 7 set. 2025.

Brasil. Lei nº 14.572, de 9 de maio de 2023a. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 10 maio 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14572.htm. Acesso em: 7 set. 2025

Brasil. Ministério da Saúde. Programa TEAtivo: estratégias para inclusão e cuidado de pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 7 set. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Meu SUS Digital. Brasília: Ministério da Saúde, 2023c. Disponível em: <https://meususdigital.saude.gov.br/>. Acesso em: 7 set. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Política Nacional de Saúde Bucal: ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei n.º 14.572/23. Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. 35 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_bucal_acoes.pdf. Acesso em: 2 set. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Ações Interprofissionais. Curso de Formação dos Profissionais das eMulti: caderno de textos. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. 111 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_profissionais_emulti_caderno_texto.pdf. Acesso em: 2 set. 2025.

Du RY et al. Oral health among preschool children with autism spectrum disorders: A case-control study. *Autism*. 2015; 19(6):746-51.

Duker LIS, Floríndez LI, Como DH, Tran CF, Henwood BF, Polido JC, Cermak SA. Strategies for Success: A Qualitative Study of Caregiver and Dentist Approaches to Improving Oral Care for Children with Autism. *Pediatr Dent*. 2019 Jan 15;41(1):4E-12E.

Erwin J et al. Factors influencing oral health behaviours, access and delivery of dental care for autistic children and adolescents: A mixed-methods systematic review. *Health Expectations*. 2022; 25:1269–1318.

Ferrazzano, G. F., Salerno, C., Bravaccio, C., et al. (2020). Autism spectrum disorders and oral health status: Review of the literature. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 21(1), 9–12. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2020.21.01.02>.

Granja GL et al. Occurrence of bruxism in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Spec Care Dentist*. 2022; 42:476–485.

Hirota T, King BH. Autism Spectrum Disorder: A Review. *JAMA*. 2023;329(2):157–168. doi:10.1001/jama.2022.23661.

Hodges, Holly et al. “Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation.” *Translational pediatrics* vol. 9, Suppl 1 (2020): S55-S65. doi:10.21037/tp.2019.09.09.

Hodis, Brendan, et al. "Transtorno do Espectro do Autismo". StatPearls, StatPearls Publishing, 17 de janeiro de 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2022 identifica 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo no Brasil. Agência de Notícias, 23 maio 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43464-censo-2022-identifica-2-4-milhoes-de-pessoas-diagnosticadas-com-autismo-no-brasil>. Acesso em: 2 set. 2025.

Instituto Nacional de Saúde Mental. (2025). Estou tão estressado! Infográfico (Identificador NIMH No. OM 20-4319). Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Institutos Nacionais de Saúde. Recuperado em 13 de março de 2025, de (<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/autism-spectrum-disorders-asd>)

Jones J et al. Barriers to Oral Health Care for Autistic Individuals—A Scoping Review. *Healthcare* 2024; 12(103):2-13.

Lam PP et al. Oral health status of children and adolescents with autism spectrum disorder: A systematic review of case-control studies and meta-analysis. *Autism*. 2020; 24(5):1047-1066.

Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, et al.. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveill Summ*. 2023 Mar 24;72(2):1-14.

Motta TP et al. Dental caries of individuals with autism spectrum disorder (ASD): A systematic review and meta-analysis. *J Autism Dev Disord*. 2025; <https://doi.org/10.1007/s10803-025-06754-7>

Pecci-Lloret MR; Pecci-Lloret MP; Rodriguez-Lozano FJ. Special care patients and caries prevalence in permanente dentition: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(22):15194.

Picciani B et al. Investigation of the autism spectrum disorder (ASD) characteristics, caries experience, and sensory alterations impacting dental care in patients with ASD. *Int J Develop Dis*. 2025; 1-8

POPPLER, B. et al. Brief Report: remotely delivered video modeling for improving oral hygiene in children with asd. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, v. 46, n.8, p. 2791-2796, 22 abr. 2016.

Prynda M et al. Oral Hygiene Status in Children on the Autism Spectrum Disorder. *J Clin Med*. 2025, 14(6), 1868.

ShawKA. Prevalence and Early Identification of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 and 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 Sites, United States, 2022. MMWR. Surveillance Summaries, v. 74, n. 2, 17 abr. 2025.

Silva SN et al. Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent* 2017;27(5):388-98.

Silveira ALNMS, Magno MB, Soares TRC. The relationship between special needs and dental trauma. A systematic review and meta-analysis. *Dent Traumatol*. 2020;36(3):218-236.

Slevin H, et al. Developmental trajectories in infants and pre-school children with Neurofibromatosis 1. *Molecular Autism*, v. 15, n. 1, 15 out. 2024.

Souza, R. C. C., Romagnolo, F. U., Zink, A. G., & Amaral, L. D. (2023). *Odontologia atípica: Guia de atendimento para pacientes com TEA* (1ª ed.). Santos Publicações.

Spitzer S, Roley SS. Sensory integration revisited: A philosophy of practice. In: Roley SS, Blanche EI, Schaaf RC. *Understanding the nature of sensory integration with diverse populations*. New York: Skylight Press. 2001.

Tang, S. J., Wei, H. L., Li, C. Y., et al. (2023). Management strategies of dental anxiety and uncooperative behaviors in children with autism spectrum disorder. *BMC Pediatrics*, 23(1), 612. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04439-7>.

Talantseva OI, Romanova RS, Shurdova EM, Dolgorukova TA, Sologub PS, Titova OS, Kleevea DF, Grigorenko EL. The global prevalence of autism spectrum disorder: A three-level meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2023;14:1071181.

Tomcheck SD, Dunn W. Sensory processing in children with and without autism: A comparative study using the short sensory profile.

American Journal Occupational Therapy. 2007; 61(2):190-200.

Uliana JC et al. Autistic individuals have worse oral status than neurotypical controls: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Clin Oral Investig. 2024; 28(2):137 Wang M, et al. Understanding autism: Causes, diagnosis, and advancing therapies. Brain Research Bulletin, v. 227, p. 111411–111411, 29 maio 2025.

Zablotsky B, et al. Prevalence and Trends of Developmental Disabilities among Children in the United States: 2009-2017. Pediatrics, v. 144, n. 4, p. e20190811, 2019.

AGARWAL, Bhaskar et al. Patient acceptability of a wheel chair recliner developed to perform dental procedures at wheelchair itself: A cross-sectional study. The Journal of Indian Prosthodontic Society, v. 23, n. 4, p. 379-383, 2023.

ARAÚJO, Yasminn Furtado de Lacerda et al. Acessibilidade da pessoa com deficiência física às Unidades Básicas de Saúde. Cogitare Enfermagem, v. 27, p. e75651, 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 4. ed. versão corrigida, emenda 1: Emenda 1: 03.08.2020; Versão corrigida: 25.01.2021. Rio de Janeiro, 2020. 147 p. ISBN 978-65-5659-371-5.

CRUZ, Vanessa Viana et al. Barreiras de acessibilidade para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida: revisão integrativa. Research society nas Development. v. 9, n. 4, e168943053, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/3053/2306/12389>.

GROBERIO, Luís Gustavo Neves et al. BARREIRAS DE ACESSIBILIDADE EM FACULDADES DE ODONTOLOGIA DA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO: DIAGNÓSTICO

SITUACIONAL E PROTOCOLO DE ADEQUAÇÃO. Revista Científica do CRO-RJ (Rio de Janeiro Dental Journal), v. 9, n. 1, p. 25-33, 2024.

HANSEN, Charlotte; CURL, Charlotte; GEDDIS-REGAN, Andrew. Barriers to the provision of oral health care for people with disabilities. *BDJ in Practice*, v. 34, n. 3, p. 30-34, 2021.

MAKANSI, Nora et al. A scoping review on dental clinic accessibility for people using wheelchairs. *Special Care in Dentistry*, v. 41, n. 3, p. 329-339, 2021.

NASCIMENTO, Vagner Ferreira. Acessibilidade de deficientes físicos em uma unidade de saúde da família. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, n. 3, p. 753-766, 2012.

PEREIRA, Alexandra de Lima et al. Pacientes Portadores de Necessidades Especiais (PPNE) em Odontopediatria: desafios e abordagens adaptadas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 5, n. 3, p. 547-562, 2023.

SARMENTO, Celiany Batista; DE FARIAS, Marjorie Maria Abreu Gomes. ANÁLISE DA ACESSIBILIDADE ESPACIAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, EM SOUSA-PB, NO PERÍMETRO IRRIGADO DE SÃO GONÇALO, NÚCLEO HABITACIONAL I. In: ALEXANDRINO, Letícia Keroly Bezerra; BEZERRA, Letícia Keroly. DESVENDANDO A ARQUITETURA: SUA ABRANGÊNCIA E MULTIDISCIPLINARIDADE. Guarujá: Editora Científica Digital, 2023. p. 43-58.

TEO, Cher Hwei Kalinda; MAHESH, Michelle Nisha; LIM, Guang Xu David. Oral health status and barriers to care in a multiethnic mixed disability center: Rethinking disability community dental services. *Special Care in Dentistry*, v. 40, n. 4, p. 344-355, 2020.

VENKATESH, Vyoma Grandhi; RAVINDRANATH, Nagashree Savanur; RAJU, Rekha. Barrier-free dental health care: A situation analysis of the dental care settings and providers' attitudes in private dental clinics for the movement-disabled in Bengaluru City. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*, v. 15, n. 2, p. 166-169, 2017

RICHARD, Paulo; et al. Proporcionando um atendimento odontológico inclusivo através da capacitação em LIBRAS da comunidade acadêmica. Revista do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 28-35, 2023.

SILVA, J. R.; COSTA, A. P.; MOURA, F. L. Atendimento clínico com os pacientes surdos sinalizantes de Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS: estratégias de comunicação. Revista Científica Integrada, v. 5, n. 2, p. 102-112, 2022.

FERREIRA, L. M.; ALMEIDA, C. S. The use of Libras as a means of facilitating nursing care for deaf patients. Seven Editora – Research, Society and Development, v. 11, n. 10, p. e3088, 2022.

OLIVEIRA, D. P.; ROCHA, G. A. Influência da língua brasileira de sinais na qualidade do atendimento na atenção primária em saúde. Revista Delos, v. 13, n. 1, p. 75-84, 2021.

MENEZES, C. R.; ALVES, T. G. A importância do saber LIBRAS para o atendimento de enfermagem à mulher com deficiência auditiva na atenção básica. Vittal – Revista de Ciências da Saúde, v. 34, n. 1, p. 122-132, 2022.

BARBOSA, R. S.; FREITAS, J. C.; OLIVEIRA, H. P. Libras como ferramenta de cuidado em saúde mental: da barreira ao acesso. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, v. 12, p. 375-382, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World report on vision. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World report on hearing. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-hearing>

Censo 2022: Brasil tem 14,4 milhões de pessoas com deficiência | Agência de Notícias

Consulin, M. E. D. Subcapítulo 3 - Atendimento ao Paciente com Deficiências Sensoriais - Auditiva e Visual. Marega, T., Gonçalves, A. R., Romagnolo, F. U., ODONTOLOGIA ESPECIAL, 1 ed. São Paulo/SP: 2018. p.190-205.

ACT. Dental Provider Practice Tool for Dementia-Friendly Dental Care. Alzheimer's Care Tool, 2022.

ALVES, C.; RIBEIRO, R. A.; SANTOS, V. R. Diabetes mellitus e manifestações orais. Revista Brasileira de Odontologia, v. 64, n. 1, p. 24-29, 2007.

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. World Alzheimer Report 2023. London: ADI, 2023.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION (ADA). Oral health care for patients with Alzheimer's disease and other dementias. Chicago: ADA, 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. Doença de Alzheimer. São Paulo: ABRAz, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010. Brasília: MS, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente: avanços e perspectivas. Brasília: MS, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Nacional sobre Demência: Epidemiologia, (Re)conhecimento e Projeções Futuras. Brasília: MS, 2024.

CAO, Y. et al. Oral care measures for preventing nursing home-acquired pneumonia. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 9, CD012416, 2022.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Demências: diagnóstico e tratamento. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 24, n. 1, p. 7-15, 2002.

CHENG, G. et al. Diabetes mellitus and dementia: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Research and Clinical Practice*, v. 97, n. 3, p. 268-275, 2012.

CHENG, W. et al. Caries status in people with dementia: a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, v. 14, n. 5, p. 1616, 2025.

DELMAN, M. G. et al. Oral health status of individuals with dementia in long-term care: a systematic review and meta-analysis. *Gerodontology*, v. 34, n. 4, p. 370-382, 2017.

EUROPEAN FEDERATION OF PERIODONTOLOGY (EFP). S3 Level Clinical Practice Guideline for the treatment of periodontitis in patients with systemic conditions. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 49, Suppl. 24, p. 1-146, 2022.

FERREIRA, R. C. et al. Caries and edentulism trends among Brazilian older adults: comparative analysis of 2003, 2010 and 2023 surveys. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 53, n. 1, p. 22-30, 2025.

FISKE, J. et al. The emotional and behavioural aspects of dementia. *Gerodontology*, v. 23, n. 1, p. 3-9, 2006.

FOLEY, N. C. et al. Oral health in patients with dementia: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 65, n. 5, p. 962-971, 2017.

FRIEDLANDER, A. H. et al. Dental management of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, v. 103, n. 1, p. 1-13, 2006.

FU, Y. D. et al. Association between periodontal disease and cognitive impairment: a meta-analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience*, v. 16, p. 141-152, 2024.

GAO, S. S.; CHU, C. H.; YOUNG, L. Oral healthcare for patients with Alzheimer's disease: barriers and considerations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 15, p. 5713, 2020.

GBD. Global Burden of Disease Study 2019: Dementia Forecasting Collaborators. *Lancet Public Health*, v. 7, n. 2, p. e105-e125, 2022.

GUO, H. et al. Effects of oral health interventions on cognition of people with dementia: a systematic review with meta-analysis. *BMC Oral Health*, v. 24, n. 1030, 2024.

GURGEL, B. C.; MIRANDA, A. F. Atendimento odontológico ao paciente com doença de Alzheimer: revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 15, n. 4, p. 665-673, 2012.

HAMZA, S. A. et al. Oral health and related factors in patients with Alzheimer's disease: a case-control study. *Clinical Oral Investigations*, v. 25, n. 12, p. 7105-7115, 2021.

KHADKA, S. et al. Poor oral hygiene, oral microorganisms and aspiration pneumonia risk in older people in residential care: a systematic review. *Age and Ageing*, v. 50, n. 1, p. 81-87, 2021.

LI, C. Y. et al. Dental service utilization and treatment outcomes in patients with dementia: a nationwide cohort study. *Journal of Dental Research*, v. 102, n. 2, p. 215-224, 2023.

MANCINI, M. et al. Dental care in early stages of Alzheimer's disease: preventive approaches. *Special Care in Dentistry*, v. 30, n. 2, p. 70-74, 2010.

MIYAGAMI, T. et al.
Dental care to reduce aspiration pneumonia recurrence: association of professional oral cleaning with lower pneumonia rates. *Journal of Oral Rehabilitation*, 2024.

MIRANDA, A. F.; LIA, R.; MONTENEGRO, F. L. Considerações odontológicas em pacientes com demência. *Revista da ABENO*, v. 9, n. 2, p. 105-112, 2009.

MIRANDA, A. F. et al. Condutas odontológicas em pacientes com doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 67, n. 2, p. 132-137, 2010.

MIRANDA, A. F. et al. Atendimento odontológico no estágio inicial da doença de Alzheimer. *Revista da ABENO*, v. 12, n. 1, p. 42-48, 2012.

MIRANDA, A. F.; MONTENEGRO, F. L. Abordagem odontológica em fases avançadas da doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 13, n. 2, p. 345-352, 2010.

MIRANDA, A. F. et al.
Oral care in frail elderly and intensive care patients: preventing aspiration pneumonia. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 29, n. 3, p. 342-349, 2017.

MONTENEGRO, F. L.; MARCHINI, L. Odontologia e Doença de Alzheimer: desafios clínicos. *Gerodontology*, v. 30, n. 3, p. 162-169, 2013.

MORISHITA, S. et al. Tongue coating and oral health in dementia patients: a cross-sectional study. *Gerodontology*, v. 33, n. 4, p. 480-487, 2016.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NG97). London: NICE, 2018.

NEEDLEMAN, I. et al. Oral health and prevention of pneumonia in hospitalized patients: a systematic review. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 38, n. 6, p. 535-544, 2011.

NICOLAS, E. et al. Oral health-related quality of life of elderly in care homes: a systematic review. *Gerodontology*, v. 24, n. 4, p. 161-171, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: WHO, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Dementia – Fact sheet. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. Acesso em: 27 set. 2025.

PRUNTEL, S. M. et al. Oral health as a risk factor for Alzheimer's disease: a systematic review. *Alzheimer's & Dementia*, v. 20, n. 2, p. 225-239, 2024.

REVISTA PESQUISA FAPESP. Ao menos 1,76 milhão de pessoas têm alguma forma de demência no Brasil. São Paulo, 2024. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/>. Acesso em: 27 set. 2025.

ROCHA, M. C.; MIRANDA, A. F. Atendimento odontológico hospitalar a pacientes com Alzheimer. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 12, n. 1, p. 55-61, 2013.

SACHDEV, P. et al. Oral hygiene in hospitalized patients: neglected and overlooked. *Journal of Clinical Nursing*, v. 22, n. 19-20, p. 2813-2821, 2013.

SHADLEN, M. F. et al. Cognitive decline and dental care. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 62, n. 2, p. 195-203, 2014.

SHIVAKUMAR, K. M. et al. Oral health and cognitive decline: umbrella review of systematic reviews. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 73, n. 4, p. 985-996, 2025.

SILVA, R. et al. Avaliação da higiene bucal em pacientes críticos hospitalizados. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 28, n. 1, p. 99-104, 2016.

WILSON, P. W. et al. Diabetes and oral health complications. *Diabetes Care*, v. 33, n. 9, p. 2093-2099, 2010.

ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA. Consenso brasileiro sobre sintomas não motores da Doença de Parkinson. São Paulo: ABN, 2024.

AMERICAN ACADEMY OF NEUROLOGY. Practice guideline: treatment of nonmotor symptoms of Parkinson's disease. Minneapolis: AAN, 2022. Disponível em: <https://www.aan.com>

COTERA, N. S. R.; ALARCÓN, E. D. F. C.; LÓPEZ, S.; SANDOVAL, J. A. M. Manejo odontológico en pacientes con enfermedad de Parkinson: revisión de la literatura. *Revista de la Facultad de Odontología*, v. 3, n. 1, p. (indicar páginas, se disponível), jan. 2025. DOI: 10.18537/fouc.v03.n01.a04.

CHOU, K. L. Clinical manifestations of Parkinson disease. UpToDate, 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-parkinson-disease>. Acesso em: 27 set. 2025.

DORSEY, E. R.; BLOEM, B. R. The Parkinson pandemic — a call to action. *New England Journal of Medicine*, v. 390, n. 6, p. 572-580, 2024. DOI: 10.1056/NEJMra2401857.

EUROPEAN FEDERATION OF NEUROLOGICAL SOCIETIES. EFNS guidelines on the diagnosis and management of Parkinson's disease. Lausanne: EFNS, 2023.

FRIEDLANDER, A. H.; POTASHNIK, S. L.; ETTINGER, R. L. Parkinson disease: systemic and orofacial manifestations, medical and dental management. *Journal of the American Dental Association*, v. 140, n. 6, p. 658-669, 2009. DOI: 10.14219/JADA.ARCHIVE.2009.0251.

MARTIMBIANCO, A. L. C. et al. Evidence-based recommendations for oral health in Parkinson's disease: systematic review. *Special Care in Dentistry*, v. 41, n. 6, p. 707-715, 2021. DOI: 10.1111/scd.12654.

MURCIA-FLORES, L. et al. Oral microbiota dysbiosis in Parkinson's disease: links to cognition and disease progression. *NPJ Parkinson's Disease*, v. 11, p. 18, 2025. DOI: 10.1038/s41531-025-00907-2.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Parkinson's disease in adults: diagnosis and management (NICE Guideline NG71). London: NICE, 2017. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng71>.

OLIVEIRA, A. P. S. et al. Oral health status of Brazilian patients with Parkinson's disease: a cross-sectional study. *Revista da Faculdade de Odontologia da UFRGS*, v. 64, p. 1-10, 2023. DOI: 10.22456/2177-0018.126543.

PEREIRA, J. L. et al. Oral health-related quality of life in individuals with Parkinson's disease: evidence from a Brazilian cohort. *Brazilian Oral Research*, v. 38, p. e72, 2024. DOI: 10.1590/1807-3107bor-2024.vol38.0072.

PRINGSHEIM, T. et al. The prevalence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*, v. 29, n. 13, p. 1583-1590, 2014. DOI: 10.1002/mds.25945.

ROCHESTER, L.; DORSEY, E. R.; BLOEM, B. R. The changing prevalence of Parkinson's disease worldwide: implications for healthcare planning. *NPJ Parkinson's Disease*, v. 10, p. 45-56, 2024. DOI: 10.1038/s41531-024-00779-y.

SUN, Y. et al. Global trends in the prevalence and burden of Parkinson's disease from 1990 to 2021: results from the Global Burden of Disease Study. *Frontiers in Aging Neuroscience*, v. 16, p. 1498756, 2024. DOI: 10.3389/fnagi.2024.1498756.

SURMEIER, D. J.; OBESO, J. A.; HALLIDAY, G. M. Selective neuronal vulnerability in Parkinson disease. *Nature Reviews Neuroscience*, v. 18, p. 101-113, 2017. DOI: 10.1038/nrn.2016.178.

VERHOEFF, M. C. et al. Oral health in people with Parkinson's disease: a systematic review. *Gerodontology*, v. 40, n. 3, p. 218-228, 2023. DOI: 10.1111/ger.12638.

ABANTO, J. et al. Impact of oral diseases and disorders on oral-health-related quality of life of children with cerebral palsy. *Spec Care Dentist*, v.34, n. 2, p.56-63, 2014.

ABD-ELMONEM, A. M. et al. Effect of oral sensorimotor stimulation on oropharyngeal dysphagia in children with spastic cerebral palsy: a randomized controlled trial. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, v. 57, n. 6, p. 912-922, 2021.

ASIRI, F. Y. I.; TENNANT, M.; KRUGER, E. Oral health of individuals with cerebral palsy in Saudi Arabia: a systematic review. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 52, n. 2, p. 121-129, 2024.

BAEDER, F. M. et al. Conscious sedation with nitrous oxide to control stress during dental treatment in patients with cerebral palsy: An experimental clinical trial. *Int J Clin Pediatr Dent.* v. 10, p. 384-390, 2017.

CARDOSO, A. M. R. et al. Programa de Saúde Bucal Domiciliar para Crianças e Adolescentes com Paralisia Cerebral. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.*, v. 12, n. 1, p. 127-33, 2012.

CARDOSO, A. M. R. et al. Dental caries and periodontal disease in Brazilian children and adolescents with cerebral palsy. *Int J Environ Res Public Health.* v.12, n. 1, p. 335 –53, 2015.

CARDOSO, A. M. R. et al. Factors associated with health and oral health-related quality of life of children and adolescents with cerebral palsy. *Spec Care Dentist.* v. 38, n. 4, p. 216-226, 2018.

CARDOSO A. M. R.; BRITO C. S. M. Orgs. Pacientes com Necessidades Especiais. Coleção: Manuais Aplicativos em Clínica Odontológica. João Pessoa: UNIPÊ, 2020.

CARDOSO, A. M. R. et al. Prevalence of Malocclusions and Associated Factors in Brazilian Children and Adolescents with Cerebral Palsy: a multi-institutional study. *International Journal Of Dentistry*, [S.L.], v. 2020, p. 1-10, 29 ago. 2020.

CARVALHO, R. B. et al. Oral health and oral motor function in children with cerebral palsy. *Special Care Dentistry*, vol. 31, no. 2, p. 58–62, 2011.

CORRÊA, L. B. et al. Oral health effects of botulinum toxin treatment for drooling: a systematic review. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, v. 26, n. 2, p. e172–e180, 2021.

CRARY, M. A. et al. Spontaneous swallowing frequency, dysphagia, and drooling in children with cerebral palsy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 103, n. 3, p. 451–458, 2022.

DA SILVA, D. C. G. et al. Malnutrition and nutritional deficiencies in children with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*, v. 205, p. 192–201, 2022.

GUERREIRO, P. O.; GARCIAS, G. L. Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet.* v. 14, n. 5, p. 1939–1946, 2009.

FORTIN, O. et al. Canadian Cerebral Palsy Registry. Risk factors and outcomes for cerebral palsy with hypoxic-ischemic brain injury patterns without documented neonatal encephalopathy. *Neurology*, v. 102, n. 6, e208111, 2024.

KANHOUCHE, N. et al. Prevalence of bruxism in children and adolescents with cerebral palsy: systematic review and meta-analysis. *Current Pediatric Reviews*, [S.l.], v. 21, n. 2, p. 166–173, 2025.

LI, X. et al. Executive function is associated with behaviour problems in children and adolescents with cerebral palsy and intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, p. 1–14. 2025.

MCINTYRE, S. et al. Global CP Prevalence Group. Global prevalence of cerebral palsy: a systematic analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 64, n. 12, p. 1494–1506, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia de atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 120 p.

NAVRÁTIL, L. et al. Comprehensive treatment of temporomandibular joint disorders. *Cranio*®, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 24-30, jan. 2014.

NOVAK, I. et al. Cerebral palsy. *Lancet*, v. 406, n. 10499, p. 174–188, 2025.

NOVAK, I. et al. Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy: advances in diagnosis and treatment. *JAMA Pediatrics*, v. 171, n. 9, p. 897–907, 2017.

OLIVEIRA, A. C. et al. Prevalence and determinant factors of mal occlusion in children with special needs. *Eur Jof Orthod*. v. 33, n. 4, p. 413–418, 2011.

ORSÓS, M. et al. Oral health, dental care and nutritional habits of children with cerebral palsy during conductive education. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, v. 45, n. 4, p. 239–246, 2021.

PALANISAMY, S. et al. Navigating the challenges of oral hygiene in spastic cerebral palsy patients: a narrative review toward strategies for optimal dental care. *Cureus*, v. 15, n. 12, e50246, 2023.

PATEL, D. R. et al. Cerebral palsy in children: a clinical practice review. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, v. 54, n. 11, 101673, 2024.

SADOWSKA, M. et al. Analysis of selected risk factors depending on the type of cerebral palsy. *Brain Sciences*, v. 11, n. 11, 1448, 2021.

SHARAWAT, I. K. et al. Prevalence, severity, and predictors of malnutrition in Indian children with cerebral palsy and their impact on health-related quality of life. *European Journal of Pediatrics*, v. 182, n. 5, p. 2433–2441, 2023.

SILVA, D. C. G. et al. Nutritional interventions in children and adolescents with cerebral palsy: a systematic review. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 42, e2022107, 2023.

TOMASIN, M. F. M. et al. Dental procedures cause stress in children with cerebral palsy? *Journal Of Clinical And Experimental Dentistry*, [S.L.], p. 1112-1117, 2021.

TUNCER, A. et al. Bruxism, parafunctional oral habits and oral motor problems in children with spastic cerebral palsy: a cross-sectional study. *Journal of Oral Rehabilitation*, [S.I.], v. 50, n. 12, p. 1393–1400, 2023.

AKINCI, A. et al. Refractive errors and strabismus in children with Down syndrome: a controlled study. *Journal of Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, v. 46, n. 2, p. 83-86, 2009.

AKPINAR H. Evaluation of general anesthesia and sedation during dental treatment in patients with special needs: A retrospective study. *J Dent Anesth Pain Med*. 2019 Aug;19(4):191-199.

ALAM, M. K. et al. Prevalence of bruxism in down syndrome patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of oral rehabilitation*, v. 50, n. 12, p. 1498–1507, 2023.

ALKAWARI, H.
Down syndrome children, malocclusion characteristics and the need for orthodontic treatment needs (IOTN): A cross-sectional study. Children (Basel), v. 8, n. 10, p. 888, Oct. 2021.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guidelines on Medical and Dental Procedure Stabilization. August 2017. Acesso em 25 ago. 2025. <https://static1.squarespace.com/static/5cf7d27396d7760001307a44/t/5fa02f48c03c305010ccaa19/160433385947/Med-Immobilization-Procedure-Stabilization-PolicyStatement.pdf>.)

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Use of protective stabilization for pediatric dental patients. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2024:379-85. Acesso em 25 de ago. 2025. https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_Protective.pdf
ASIM, A. et al. Down syndrome: an insight of the disease. Journal of biomedical science, v. 22, n. 1, p. 41, June 2015.

ARAÚJO, Diego Lima de; BRITO, Marcos Vinícius Dias de Sousa; FELIPE, Lizandra Coimbra da Silva. Pacientes com síndrome de Down na odontologia: revisão de literatura. JNT – Facit Business and Technology Journal, v. 2, n. 36, p. 145-158, 2022.

BERTHOLD, T. B. et al. Síndrome de Down: aspectos gerais e odontológicos. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 3, n. 2, p. 252-260, jul./dez. 2004.

BIERLEY, K.; ANTONARAKIS, G. S.
Lateral cephalometric characteristics in individuals with Down Syndrome compared to non-syndromic controls: A meta-analysis. Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery, v. 124, n. 4, p. 101407, Sep. 2023.

BRAHAM RL, BOGETZ MS, KIMURA M. Pharmacologic patient management in pediatric dentistry: an update. ASDC J Dent Child 1993;60(4-5):270-80.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down. Brasília, 2013. Disponível em: Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down. Acesso em: 22 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BULL, M. J., TROTTER, T., SANTORO, S. L., et al. Health Supervision for Children and Adolescents with Down Syndrome. *Pediatrics*, v.149, n.5, e2022057010, 2022.

CABRAL, A. D. et al. Diretrizes clínicas e protocolos para a atenção e o cuidado da pessoa com deficiência. In: CALDAS JR, A. F.; MACHIAVELLI, J. L. Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência. 1. ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2013a. cap. 5, p. 133-134.

CABRAL, A. D. et al. Principais deficiências e síndrome de interesse odontológico: características. In: CALDAS JR, A. F.; MACHIAVELLI, J. L. Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência. 1. ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2013b. cap. 2, p. 40-43.

CAMARGO MBJ, DUMITH SC, BARROS AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009Sep;25(9):1894–906.

CAVALCANTE, L. B. et al. Doença periodontal em indivíduos com síndrome de Down: enfoque genético. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 57, n. 4, p. 449-453, out./dez. 2009. (REFERÊNCIA DA TABELA)

CARNEIRO, N. C.R., SOUZA, I.C. , ALMEIDA, T.D.D, SERRA-NEGRA, J. M. C., PORDEUS, I.A, BORGES-OLIVEIRA, A. C.

Risk factors associated with reported bruxism among children and adolescents with Down Syndrome. *Cranio : the journal of craniomandibular practice*, v.38, n.6, p.365–369, 2020.

CFO. Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 51/04, de 30 de abril de 2004. Disponível

em: <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%c3%87%c3%83O/SEC/2004/51> . Acesso em 27 de ago. 2025.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. Síndrome de Down: Acolhimento às diversidades em ambiente odontológico. Brasília, 2022. Disponível em: *Cartilha-Síndrome-de-Down.pdf*. Acesso em 12 ago. 2025.

CHAPPA, S. An overview of Down syndrome. *International Journal of Current Innovations in Advanced Research*, p. 28-35, jan./dez. 202

CHAVIS SE, WU E, MUNZ SM. Considerations for Protective Stabilization in Community General Dental Practice for Adult Patients with Special Healthcare Needs. *Compend Contin Educ Dent*. 2021 Mar;42(3):134-138.

CHOI J., Doh R. M. Dental treatment under general anesthesia for patients with severe disabilities. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*, 2021;21(2):87–98.

CUOGHI, O. A. et al. Prevalence of dental anomalies in permanent dentition of Brazilian individuals with Down Syndrome. *The open dentistry journal*, v. 10, p. 469–473, 2016.

DEFILIPPO, E. C., AMARAL P. C., SOUZA N. T. et al. Prevalência de instabilidade atlantoaxial e sua associação com sinais clínicos em crianças com síndrome de Down. *Journal of Human Growth and Development* 2015; 25(2):151-155.

DORIGUÊTTO, P. V. T. et al. Malocclusion in children and adolescents with Down syndrome: A systematic review and meta-analysis. *International journal of paediatric dentistry*, v. 29, n. 4, p. 524–541, July 2019.

DOWN, J. L. Observations on an ethnic classification of idiots. 1866. *Mental retardation*, v. 33, n. 1, p. 54–56, Feb. 1995.

FARIA CARRADA, C. et al. Salivary periodontopathic bacteria in children and adolescents with Down syndrome. *PLoS one*, v. 11, n. 10, p. e0162988, Oct. 2016.

FREITAS, H. M. et al. Saúde bucal de crianças com trissomia do cromossomo 21. *Revista Brasileira Militar de Ciências*, v. 7, n. 19, p. 31-37, dez. 2021.

GONÇALVES, S. S. et al. Levantamento das condições de cárie e doença periodontal na associação de portadores da síndrome de Down em Teresópolis-RJ. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 22, n. 1, p. 19-24, jan./ abr. 2010.

HULLAND SA, FREILICH MM, SÂNDOR GK. Nitrous oxide-oxygen or oral midazolam for pediatric outpatient sedation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002 Jun;93(6):643-6.

HUNG, M.; GRAVES, A.; LU, J.; SCHWARTZ, C.; LIPSKY, M.S. Navigating Barriers to Dental Care for Patients with Down Syndrome: A Scoping Review of Challenges and Strategies. *Children*, v.12, p.330, 2025.

KACZOROWSKA, N. et al. Down syndrome as a cause of abnormalities in the craniofacial region: a systematic literature review. *Advances In Clinical And Experimental Medicine*, v. 28, n. 11, p. 1587-1592, Nov. 2019.

KAPUR A., KAPUR V. Conscious Sedation in Dentistry. *Ann Maxillofac Surg.* 2018 Jul-Dec;8(2):320-323.

KILIC, N. et al. Rapid maxillary expansion in Down syndrome patients. *The Angle Orthodontist*, v. 81, n. 6, p. 1013-1020, 2011. DOI: <https://doi.org/10.2319/012311-61.1>.

KIM, A.; CHO, H. J.; CHOI, E. K.; CHOI, Y. J. Improvement in obstructive sleep apnea in a child with Down syndrome with rapid palatal expansion. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, v. 18, n. 7, p. 1885-1888, 2022.

KJAER, I. Dental approach to craniofacial syndromes: how can developmental fields show us a new way to understand pathogenesis? *International Journal of Dentistry*, p. 1-3, 7, 2012.

LESTREL, P. E.; ROCHE, A. F. The cranial thickness in Down's syndrome: Fourier analysis. In: *PROCEEDINGS OF THE 1st INTERNATIONAL CONGRESS OF AUXOLOGY*, 1979, Milão. *Anais [...]*. Milão: Istituto Auxologico Italiano, 1979. p. 108-118.

LEVINE RS. What concentration of fluoride toothpaste should dental teams be recommending? *Evid Based Dent.* 2019 Sep;20(3):74-75. doi: 10.1038/s41432-019-0040-7. PMID: 31562404.

MACHO, V. et al. Craniofacial Features and Specific Oral Characteristics of Down Syndrome Children. *Oral Health Dent Management*, v. 13, n. 2, p. 408-411, June 2014.

MALAMED S.F. *Sedação na Odontologia*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012

MARQUES, L. S. et al. Down syndrome: a risk factor for malocclusion severity? *Brazilian oral research*, v. 29, n. 1, p. 44, Mar. 2015.

MONTEIRO, D. A. S. et al. Doença de alzheimer em indivíduos portadores de síndrome de Down. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, v. 1, n. 2, p. 78, jul. 2020.

MOURA, C. P. de et al. Down syndrome: otolaryngological effects of rapid maxillary expansion. *The Journal of Laryngology & Otology*, v. 119, n. 8, p. 614-618, 2005.
DOI: <https://doi.org/10.1258/002221505774481092>.

NASCIMENTO, N. F. R. et al. The therapeutic effects of a modified palatal memory plate on oral motor function in children with trisomy 21 at age 3 and 4 years: Case Reports. *Revista CEFAC*, v. 26, n. 5, p. 3424, July 2024.

NASCIMENTO NFR, et al. Technical Note of a 3D Printed Stimulating Palatal Plate Prototype for Children with Trisomy 21. *J Clin Exp Dent*. 2025 Feb 1;17(2):e136-e141. doi: 10.4317/jced.62013.

NOVAIS, F. S.; CUNHA, D. P.; Análise morfológica do arco dentário de pacientes com Síndrome de Down sobre um prisma ortodôntico: revisão integrativa de literatura. *ID on Line. Revista de Psicologia*, v. 16, n. 61, p. 13-25, jul. 2022.
DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v16i61.3504>.

OLIVEIRA, A. C., PAIVA, S. M., CAMPOS, M. R., CZERESNIA, D. Factors associated with malocclusions in children and adolescents with Down syndrome. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*, v. 133, n.4, p. 489.e1–489.e4898, 2008.

PICHERIT, M. et al. Management of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome in children: what is the role of orthodontics? A scoping review. *Sleep And Breathing*, v. 29, n. 2, Mar. 2025. (REFERÊNCIA DA TABELA)

RADA, R. E.
(2013). Treatment needs and adverse events related to dental treatment under general anesthesia for individuals with autism. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(4), 246–252.

RODRIGUES, C.; OLIVEIRA, E. L. S. Bruxismo em crianças com Síndrome de Down: Revisão de literatura. *E-Acadêmica*, v. 5, n. 2, p. e0252544, 2024.

SARI L, PRIMARTI RS, SETIAWAN AS. Navigating Treatment Refusal: Behaviour Guidance for Down Syndrome Oral Health Management. *Case Rep Dent*. 2024 Jun 18;2024:2966972.

SBP: Diretrizes de atenção à

saúde de pessoas com

Síndrome de Down da Sociedade Brasileira De Pediatria. nº 55, 21 de março de 2023

SCALIONI, F. A. R. et al. Oral health characteristics in children and adolescents with Down syndrome. *Special care in dentistry: official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*, v. 44, n. 2, p. 542–549, Mar. 2024.

SIMPSON, R.; OYEKAN, A.; EHSAN, Z.; INGRAM, D. G. Obstructive sleep apnea in patients with Down syndrome: current perspectives. *Nature and Science of Sleep*, v. 10, p. 287-293, 2018. DOI: <https://doi.org/10.2147/NSS.S154723>.

SURI, S.; TOMPSON, B. D.; CORNFOOT, L. Cranial base, maxillary and mandibular morphology in Down syndrome. *Angle Orthodontist*, v. 80, n. 5, p. 861-869, 2010.

STEIN DUKER, L. I., RICHTER, M., LANE, C. J., POLIDO, J. C., CERMAK, S. A. Oral Care Experiences and Challenges for Children with Down Syndrome: Reports From Caregivers. *Pediatric dentistry*, 42(6), 430–435, 2020.

UEMURA, S. T. Alterações bucais e o cuidado odontológico à pessoa com Síndrome de Down. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Saúde bucal na Atenção Primária à Saúde: urgências, doenças transmissíveis, gestantes, puérperas e pessoas com deficiência. Cuidado em Saúde Bucal para pessoas com deficiência na Atenção Primária à Saúde. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

VICENTE, A.; BRAVO-GONZÁLEZ, L. A.; LÓPEZ-ROMERO, A.; MUÑOZ, C. S.; SÁNCHEZ-MECA, J. Craniofacial morphology in Down syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, v. 10, art. 19895, 16 nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-76984-5>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-76984-5>. Acesso em: 20 set. 2025.

VIEIRA, T. I. et al. Tooth wear prevalence in individuals with Down syndrome: a systematic review. *Clinical oral investigations*, v. 27, n. 3, p. 943–953, Mar. 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Texto Revisado. Porto Alegre: Artmed, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Brasília: IBGE, 2020.

CAMPOS, J. A. D. B. et al. Oral health status of patients with severe mental disorders: systematic review and meta-analysis. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 49, n. 5, p. 419–429, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12634>.

GBD 2021 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS. Global, regional, and national burden of mental disorders, 1990–2021. *The Lancet Psychiatry*, v. 9, n. 2, p. 137–150, 2022. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3).

Griffiths, J., et al. "Oral health care for people with mental health problems: guidelines and recommendations." London: British Society for Disability and Oral Health, January 2000.

KISELY, S. et al. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. *Psychosomatic Medicine*, v. 82, n. 6, p. 641–651, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000819>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças – 11ª edição (CID-11). Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/>.

Ziomko, A., et al. (2022). "The influence of drugs used in mental disorders on the health of the oral cavity - a systematic review." *Journal of Education, Health and Sport*. DOI: 10.12775/jehs.2023.13.01.006

WHO – World Health Organization. World Mental Health Report: transforming mental health for all. Geneva: WHO, 2022.

ANTONIOU, E. et al. Zika virus and the risk of developing microcephaly in infants: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*, v. 17, p. 1-12, 2020.

ARRUDA, A. B. de et. al. Microcephaly implications and challenges for Dentistry. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 9, p. e26411930955, 2022.

BANDEIRA, A. C. et al. Clinical and laboratory findings of acute Zika virus infection in patients from Salvador during the first Brazilian epidemic. *Braz J Infect Dis*, v. 24, n. 5, p. 405-411, 2020.

BECERRA-SOLANO, L. E.; MATEOS-SÁNCHEZ, L.; LÓPEZ-MUÑOZ, E. Microcephaly, an etiopathogenic vision. *Pediatrics and Neonatology*, v. 62, n. 4, p. 354-360, 2021.

CARDOSO A.M.R; BRITO C.S.M. orgs. Pacientes com Necessidades Especiais. Coleção: Manuais Aplicativos em Clínica Odontológica. João Pessoa: UNIPÊ, 2020.

CAVALCANTI, A. F. C. et al. Breastfeeding behavior in Brazilian children with congenital Zika syndrome, v. 2020, *International Journal of Dentistry*, 2020.

COSTA, H. P. et. al. Saúde bucal de crianças com microcefalia associada ao Zika vírus. *Archives of Health Investigation*, v. 10, n. 7, p. 1032–1039, 2021.

COTA A.L.S. et al. Oral findings in children with congenital Zika syndrome: a case series. *Saúde e Pesqui*, v.13, n.1, p.133–142, 2020.

CUNHA, L. S. et al. Relationship between social inequality indicators and the spatial distribution of Zika virus cases. *Cien Saude Colet*, v. 25, n. 5, p. 1839-1849, 2020.

DA COSTA, C. C. G. et al. First cases of oligodontia as a manifestation of the Zika virus congenital syndrome. *Oral and Maxillofacial Pathology*. v. 134, n. 4, e262-e266, 2022.

DA SILVA SOBRINHO, A. R. et al. Orofacial features in children with microcephaly associated with Zika virus: a scoping review. *Oral Dis*, v. 28, p. 1022-1028, 2022.

DEL CAMPO, M. et al. The phenotypic spectrum of congenital Zika syndrome. *Am J Med Genet A*, v. 173, p. 841-857, 2017.

DEVAKUMAR, D. et al. Infectious causes of microcephaly: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet Infect Dis*, v. 18, p. 1-13, 2018.

DÍAZ, C. et al. Craniofacial and dental features in children aged 3–5 years with congenital Zika syndrome. *Clinical Oral Investigations*, v. 27, p. 5181–5188, 2023.

FREITAS, D. A. et al. Congenital Zika syndrome: a systematic review. *PLoS ONE*, v. 15, n. 12, e0242367, p. 1-27, 2020.

GALLO M.J.D. et al. Oral manifestations in children with congenital Zika virus syndrome: a systematic review. *Egyptian Pediatric Association Gazette*. v.72, n.73, 2024.

GUSMÃO, T. P. L. et al. Dental changes in children with congenital Zika syndrome. *Oral Dis*. v. 26, n. 2, p:457–464, 2020.

HONORATO, E. M. et al. Pregnant women infected by the Zika virus: Ultrasound findings and growth patterns of fetuses with and without microcephaly. *Int J Gynaecol Obstet*, v. 154, n. 3, p. 474-480, 2021.

MEDINA D. T. et al. Oral manifestations of congenital Zika virus infection in children with microcephaly: 18-month follow-up case series. *Spec Care Dentist*, v. 42, n. 4, p.343-351, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública sobre Microcefalias. Informe epidemiológico nº 14: semana epidemiológica (SE) 07/2016 (14 a

20/02/2016): monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil. *Inf Epidemiol*, v. 14, n. 7, p. 1-4, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia de atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52, 2015. *Bol Epidemiol*, v. 47, n. 3, p. 1-10, 2016.

MORO, J.S.; MAREGA, T.; ROMAGNOLO, F.U. Microcephaly caused by the Zika virus: dental care. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 67, n. 1, p. 1-6, 2019.

OKAFOR, C.; KANEKAR, S. Imaging of microcephaly. *Clinics in perinatology*, v. 49, n. 3, p. 693-713, 2022.

QUINTANS, M. D. S.; BUENO, A. C.; CARDOSO, C. A. A. Microcephaly caused by or associated with congenital infections in the last 20 years in Brazil: a systematic review. *Rev Inst Med Trop São Paulo*, v. 64, e7, p.1-12, 2022.

RODRIGUES, C. D. S. et al. Clinical and Acoustic Alterations of Swallowing in Children Exposed to Zika Virus during Pregnancy in a Cohort in Amazonas, Brazil: A Case Series Study. *Viruses*, v. 15, n.2363, p: 1-15, 2023.

SILVA, L. V. O. et al. Oral alterations in children with microcephaly associated to congenital Zika syndrome: A systematic review and meta-analyses. *Special Care in Dentistry*, v. 43, n. 2, p. 184-198, 2023.

VAZ F. F. S. et al. Access to information on oral hygiene and mothers' practices of children with microcephaly caused by Zika virus. *Int J Dent Hygiene*. v. 20, p:664-670, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Microcephaly. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/microcephaly>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Screening, assessment and management of neonates and infants with complications associated with Zika virus exposure in utero. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204475/1/WHO_ZIKV_MOC_16.3_eng.pdf?ua=1>

MAREGA, Tatiane; GONÇALVES, Alcides Ricardo; ROMAGNOLO, Fernanda Urbini. Odontologia Especial. 1. ed. São Paulo: Santos, 2018.

MAREGA, Tatiane; GONÇALVES, Alcides Ricardo; ROMAGNOLO, Fernanda Urbini. Odontologia Especial. 2. ed. São Paulo: Santos, 2025.

ABOUZEID S. et al. Therapeutic solutions for anterior restorations in disabled patients. Special Care in Dentistry, 2024. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scd.12905>.

AQUINO, Janaina Campos Valentin. Recursos fototerápicos de baixa potência no tratamento adjuvante de lesão tissular em pacientes queimados na fase aguda. Orientador: Natalia Fabri. Ano de submissão. 45 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Bacharelado em Enfermagem, Anhanguera, Campinas, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer –INCA, 2023 -Disponível em: <www.inca.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 516, DE 17 DE JUNHO DE 2015. -Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço. Disponível

em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/ddt/ddt_cancercabecapescoco_2015.pdf/view

BRITO, Lyja Airam Silva. Estimulação celular cicatricial por meio da laserterapia: revisão de literatura. Orientador: CUNHA, Luana Dias da. 2021. 44. Trabalho de Conclusão de Curso – Bacharelado em Odontologia, Centro Universitário UNDB, São Luís, 2021.

CESTARI, Tania F.; PESSATO, Simone; CORRÊA, Gustavo Pinto. Fototerapia: aplicações clínicas. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 82, p. 7-21, 2007.

Convissar, RA. Princípios e práticas do Laser na Odontologia. Rio de Janeiro. Ed. Elsevier. 2011.

Eduardo CP, Aranha ACC, Freitas PM, Ramalho KM, Bello-Silva M. Evidências científicas e indicações clínicas dos lasers de alta e baixa potência em dentística restauradora. In: Pereira JC, editor. Dentística, uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Editora Grupo A, p.285-324, 2013.

Ferreira AGF. Aplicação Do Laser De Baixa Intensidade No Processo De Cicatrização De Ferida Cirúrgica: Padronização Dos Parâmetros Dosimétricos. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. Pós-Graduação em Engenharia Mecânica. 2016.

GLASS, Graeme Ewan. Photobiomodulation: the clinical applications of low-level light therapy. Aesthetic Surgery Journal, v. 41, n. 6, p. 723-738, 2021.

HAMBLIN, Michael R. Antimicrobial photodynamic inactivation: a bright new technique to kill resistant microbes. Current opinion in microbiology, v. 33, p. 67-73, 2016.

ITRI, R., FERNANDES, A. U., BAPTISTA, M. S. Princípios de terapia fotodinâmica. In: NUNEZ, S., GARCEZ, A. S.; RIBEIRO, M. S. (Eds.). PDT-Terapia fotodinâmica antimicrobiana na odontologia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

KHATOON, Farha et al. Photobiomodulation Therapy in Improving Quality of Life in Kindler Syndrome: A Case Study: PBM therapy for trismus. *Journal of Lasers in Medical Sciences*, v. 16, p. e2-e2, 2025.

MARTINS, Fabiana et al. Efficacy of antimicrobial photodynamic therapy as an adjuvant in periodontal treatment in Down syndrome patients. *Lasers in medical science*, v. 31, n. 9, p. 1977-1981, 2016

MENDES, Sara Tereza Camelo et al. Tratamento da hipersensibilidade dentinária com laser: revisão sistemática. *BrJP*, v. 4, p. 152-160, 2021.

MERIGO, Elisabetta et al. Er: YAG laser dentistry in special needs patients. *Laser Therapy*, v. 24, n. 3, p. 189-193, 2015.

MOREIRA, Francine do Couto Lima. Manual prático para uso dos lasers na odontologia: ebook. Goiânia: Cegraf UFG, 2020.

NASCIMENTO, Patrícia et al. Potencial fotossensibilizante de extratos de plantas do agreste na técnica de terapia fotodinâmica. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*, v. 28, n. 2, p. 27-38, 2018.

NASCIMENTO, Vitória Cristina Vieira Farias et al. Laser therapy in the rehabilitation of orofacial diseases in Pediatric Dentistry. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 13, n. 11, p. e90131147444, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i11.47444. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/47444>.

PRATAVIEIRA, Sebastião et al. Princípios Gerais da Terapia Fotodinâmica. In: *Terapia fotodinâmica dermatológica: Programa TFD Brasil, Volume 1*. São Carlos: Compacta Gráfica e Editora, 2015.

SILVA, Daniela de Fátima Teixeira da; ALMEIRA-LOPES, Luciana; RIBEIRO, Martha Simões. Interação Laser-Tecido Biológico e Princípios de Dosimetria. In: GARCEZ, Aguinaldo Silva; RIBEIRO, Martha Simões; NÚÑEZ, Silvia Cristina. Laser de Baixa Potência: princípios básicos e aplicações clínicas na odontologia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 14-26.

SANTOS, Maria Teresa Botti Rodrigues et al. Evaluation of low-level laser therapy in the treatment of masticatory muscles spasticity in children with cerebral palsy. *Journal of biomedical optics*, v. 21, n. 2, p. 028001-028001, 2016.

SILVA, Marcelle Beathriz Fernandes da; LAGO, Andréa Dias Neves. Laser de baixa potência na odontologia: parâmetros clínicos do uso do manual. São Luís: EDUFMA, 2022.

Soares BLL, da Silva MACN, Sousa LMB, Monteiro MHDA, Barbosa CP, Marosti AR, Medeiros de Mello J. Fotobiomodulação no tratamento de parestesias do nervo alveolar inferior: uma revisão narrativa. *Arqmudi*. 2025; 29(2):e76363. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/76363>

VALE, Fernando Alves et al. Low-level laser therapy in the treatment of recurrent aphthous ulcers: a systematic review. *The Scientific World Journal*, v. 2015, n. 1, p. 150412, 2015.

VIEIRA, Catia et al. Advances in aPDT based on the combination of a porphyrinic formulation with potassium iodide: Effectiveness on bacteria and fungi planktonic/biofilm forms and viruses. *Journal of Porphyrins and Phthalocyanines*, v. 23, n. 04n05, p. 534-545, 2019.

YEH, Shu-Wei et al. Low-level laser therapy for fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *Pain Physician*, v. 22, n. 3, p. 241, 2019.

Al-Lwemi, N., Al-Shalabi, N., Al-Basheeti, N., Yasser, H., & Ansari, S. (2022). Criteria for Selecting Special Health Care Needs Patients under General Anesthesia in Dental Treatment: A Systemic Review. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 34(42A), 9–18. doi: 10.9734/jpri/2022/v34i42A36288

Bardakçı E, Yıldız Ş, Yazmacı B, Doğan ME, Mumcu K, Doğan MS. Evaluation of Pediatric Patients' General Health Status Prior to Dental Treatment Under General Anesthesia: A Retrospective Study. *Children (Basel)*. 2025 Jul 8;12(7):903. doi: 10.3390/children12070903.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Caderno de Atenção Básica nº 17. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília.

Buda LV. Ensuring maintenance of oral hygiene in persons with special needs. *Dent Clin North Am* 2016; 60: 593-604.

Castro, A. M., et al. (2010). Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. *Revista de Odontologia da UNESP*, 39(3), 137–142.

Chang J, Kim HY. Prognostic factors of single-visit endodontic and restorative treatment under general anaesthesia for special needs patients. *J Oral Rehabil* 2017; 44: 96-104.

Choi, J., & Doh, R. M. (2021). Dental treatment under general anesthesia for patients with severe disabilities. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*, 21(2), 87–98. doi: 10.17245/jdapm.2021.21.2.87.

Chung SH, Chun KA, Kim HY, Kim YS, Chang J. Periapical healing in single-visit endodontics under general anesthesia in special needs patients. *J Endod* 2019; 45: 116-22.

Çatak T, Mutlu ŞN, Saltalı AÖ, Fidancıoğlu YD. General anesthesia in dental treatments: where and how? *BMC Oral Health*. 2025 Jul 19;25(1):1203. doi: 10.1186/s12903-025-06638-3.

Frost EA. Differential diagnosis of delayed awakening from general anesthesia: a review. *Middle East J Anaesthesiol* 2014; 22: 537-48.

Jockusch J, Sobotta BAJ, Nitschke I. Outpatient dental care for people with disabilities under general anaesthesia in Switzerland. *BMC Oral Health* 2020; 20: 225.

Korean Academy of Pediatric Dentistry. Dental care for children with special needs. 5th ed. Seoul: Dental Wisdom; 2014, pp. 817-27.

Kovacic I, Tadin A, Petricevic N, Mikelic B, Vidovic N, Palac A, et al. Changes of the dental service delivered to patients with intellectual disability under general anaesthesia in Dental Polyclinic Split, Croatia, during the years 1985-2009. *Coll Antropol* 2012; 36: 785-9.

Kum JE, Noh HS, Kim JM, Jeong TS. A survey of general anesthesia in pediatric dental clinic at Pusan National University. *J Korean Dis Oral Health* 2007; 3: 11-6.

Kwak HJ, Kim JY, Kwak YL, Park WS, Lee KC. Comparison of a bolus of fentanyl with an infusion of alfentanil during target-controlled propofol infusion in third molar extraction under conscious sedation. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 1577-82.

Lee JY, Lim KC, Kim SY, Paik HR, Kim YJ, Jin BH. Oral health status of the disabled compared with that of the non-disabled in Korea: a propensity score matching analysis. *PLoS One* 2019; 14: 14e0208246

Lee PY, Chou MY, Chen YL, Chen LP, Wang CJ, Huang WH. Comprehensive dental treatment under general anesthesia in healthy and disabled children. *Chang Gung Med J* 2009; 32: 636-42.

Lim, M. A. W. T., & Borromeo, G. L. (2017). The use of general anesthesia to facilitate dental treatment in adult patients with special needs. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*, 17(2), 91–103. doi: 10.17245/jdapm.2017.17.2.91

Mallineni SK, Yiu CK. Dental treatment under general anesthesia for special-needs patients: analysis of the literature. *J Investig Clin Dent* 2016; 7: 325-31.

MANLEY, M. C.; SKELLY, A. M., HAMILTON, A.G.
Dental treatment for people with challenging behavior: general anesthesia or sedation?
British Dental Journal, Londres, v. 188, n.7, p. 358-60, 2000.

NATHAN, E.
J. Behavioral management strategies for young pediatric dental patients with disabilities.
ASDC Journal of Dentistry for Child, Chicago, v. 68, n. 2, p. 89-101, 2001.

Ouchi K, Sugiyama K. Required propofol dose for anesthesia and time to emerge are affected by the use of antiepileptics: prospective cohort study. *BMC Anesthesiol* 2015; 15: 34.

Shin S. Retrospective analysis of a decade of general anesthesia for dental treatment in patients with disabilities at a regional university dental hospital in

Silvestre-Rangil, J., Silvestre, F. J., & Espín-Gálvez, F. (2014). Clínica odontológica hospitalar em pacientes especiais. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 19(2), e163–e169. doi: 10.4317/medoral.19553. South Korea. *J Dent Anesth Pain Med*. 2025 Feb;25(1):67-76. doi: 10.17245/jdapm.2025.25.1.67. Epub 2025 Jan 22. PMID: 39944846; PMCID: PMC11811512.

Vacharaksa K, Thongrakard T, Vacharaksa A. Needs of non-pharmacological management versus sedation or general anesthesia for Dental treatment in older adults with special needs: A systematic review. *Health Policy*. 2025 Apr;154:105262. doi: 10.1016/j.healthpol.2025.105262.

Vargas Román Mdel P, Rodríguez Bermudo S, Machuca Portillo G.
Dental treatment under general anesthesia: a useful procedure
in the third millennium? (I). Med Oral 2003; 8: 129-35.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Manual de Segurança no Uso de Gases Medicinais. Brasília: ANVISA; 2010. 140p.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Dispõe sobre as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Brasília: ANVISA; 2018.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 16, de 28 de março de 2013. Dispõe sobre boas práticas de fabricação de produtos médicos. Brasília: ANVISA; 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: ANVISA; 2002.

Al-Lwemi, N., Al-Shalabi, N., Al-Basheeti, N., Yasser, H., & Ansari, S. (2022). Criteria for Selecting Special Health Care Needs Patients under General Anesthesia in Dental Treatment: A Systemic Review. Journal of Pharmaceutical Research International, 34(42A), 9–18. doi: 10.9734/jpri/2022/v34i42A36288

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Guideline on use of nitrous oxide for pediatric dental patients. Pediatr Dent. 2018;40(6):205-12.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on Use of Nitrous Oxide for Pediatric Dental Patients. Pediatric Dentistry, v. 44, n. 6, 2022.

American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on use of nitrous oxide for pediatric dental patients. *Pediatr Dent*. 2022;44(6):343–50.

American Academy of Pediatric Dentistry. Use of nitrous oxide for pediatric dental patients. *Pediatr Dent*. 2021;43(6):343-349.

American Heart Association. CPR & ECG Guidelines. Dallas: American Heart Association, 2010.

American Heart Association. Destaques das diretrizes de RCP e ACE. Dallas: American Heart Association, 2020.

American Society of Anesthesiologists (ASA). Practice guidelines for moderate procedural sedation and analgesia 2018. *Anesthesiology*. 2018;128(3):437-79.

American Society of Anesthesiologists. Standards for Basic Anesthetic Monitoring. Schaumburg: ASA; 2020.

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 12188: Cilindros para gases – Requisitos de segurança. Rio de Janeiro: ABNT; 2016.

Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI). Environmental aspects of the use of nitrous oxide in clinical practice. *Anaesthesia*. 2020;75(9):1119-1130. doi:10.1111/anae.15093

ATHERTON, G.; McCAU, J.; WILLIAMS, S. Medical emergencies in general dental practice in Great Britain part 1: their prevalence over a 10-year period. *Br Dent J*, v. 186, p. 72–79, 1999.

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE DUAS VIAS DO PROTOCOLO DE REDUÇÃO DE ESTRESSE(PRE), EM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE - 2008 - Dissertação de Mestrado - FOPUNICAMP - Carla Gonçalves Gamba

BARASH, Paul G.; CULLEN, Bruce F.; STOELTING, Robert K.; et al. Manual de Anestesiologia Clínica. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2015. E-book. p.1. ISBN 9788582711064

BARROSO, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2022. Arq Bras Cardiol, v. 116, n. 3, p. 516–658, 2021.

Becker DE, Rosenberg M. Nitrous oxide and the inhalation anesthetics. Anesth Prog. 2008;55(4):124-30. doi:10.2344/0003-3006-55.4.124

BEHRENT, D.; ROOD, J. P. Pharmacology and clinical use of nitrous oxide. British Dental Journal, v. 209, n. 7, p. 315–320, 2020.

COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. Suporte Avançado de Vida no Trauma para Médicos ATLS, Manual do curso de Alunos. 8. ed; 2008.

Conselho Federal de Odontologia (CFO). Resolução CFO nº 51, de 25 de outubro de 2004. Regulamenta o uso da sedação consciente em Odontologia. Brasília: CFO; 2004.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS (CRO-MG). Emergências médicas para o cirurgião-dentista: manual para o clínico. Disponível em: <<https://cromg.org.br/noticias/leia-o-manual-de-emergencias-medicas-na-odontologia/>>. Acesso em: 20 ago. 2025.

Clark MS, Brunick A. Handbook of Nitrous Oxide and Oxygen Sedation. 5th ed. St. Louis: Elsevier; 2021.

CLARK, M. S.; BRUNICK, A. L. Manual de sedação com óxido nitroso e oxigênio. Tradução de José Ranali et al. São Paulo: Editora Unicamp, 2013.

COSTA, L. R. R. S. et al. Sedação em odontologia: desmistificando sua prática. São Paulo: Artes Médicas, 2007. 202 p.

Departamentos Científicos de Pediatria Ambulatorial e Infectologia (gestão 2022-2024) • Sociedade Brasileira de Pediatria. Abordagem da Febre Aguda em Pediatria e Reflexões sobre a febre nas arboviroses. Maio, 2025.

Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250624

ESTUDO DA VIABILIDADE DA SEDAÇÃO CONSCIENTE COM A MISTURA ÓXIDO NITROSO/OXIGÊNIO EM SERVIÇO ODONTOLÓGICO PÚBLICO. ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS - INTEGRAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VASSOURAS-RJ E UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA - 2008 - Dissertação Mestrado - FOPUNICAMP - Luiz Alberto F. de Caldas

European Society of Anaesthesiology. Safety in nitrous oxide administration. Eur J Anaesthesiol. 2019;36(3):187-195. doi:10.1097/EJA.0000000000000941

Feitosa et al. Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023. Arq Bras Cardiol. 2024; 121(4):e20240113.

FONTOURA, R. A. SOS Odonto Emergências Médicas. 1. ed. São Paulo: Napoleão, 2016.

FREUDENREICH, Oliver. Drug-induced sialorrhea. Drugs of Today (Barcelona, Spain: 1998), v. 41, n. 6, p. 411-418, jun. 2005. DOI: 10.1358/dot.2005.41.6.893628.

Gomes, Gabriel Jamur. Temas de responsabilidade médica na anestesiologia: casos práticos e repercussões nas responsabilidades civil, penal e ético-profissional. / Annie Fernandes da

Cruz, Claudia Barroso de Pinho Tavares Montanha Teixeira, Isabella de Paula Breda e Karla Fernanda Alcântara Reipert. – Brasília : CFM / SBA, 2016.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Tratado de fisiologia médica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 973 p.

HALL, J. E.; GUYTON, A. C. Fisiologia Humana e mecanismos das doenças. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

International Organization for Standardization. ISO 7396-1: Medical gas pipeline systems — Part 1: Pipeline systems for compressed medical gases and vacuum. Geneva: ISO; 2016.

36- International Electrotechnical Commission. IEC/ISO 80601-2-60: Medical electrical equipment —

Particular requirements for basic safety and essential performance of dental equipment for the administration of inhaled nitrous oxide and oxygen. Geneva: IEC; 2019.

International Organization for Standardization. ISO 9170-1: Terminal units for medical gas pipeline systems — Part 1: Terminal units for use with compressed medical gases and vacuum. Geneva: ISO; 2008.

JAIN, Shreyans Aditya et al. Midazolam use in pediatric dentistry: a review. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2020.

KAPUR, Arpita; KAPUR, Vinay. Conscious Sedation in Dentistry. *Annals of Maxillofacial Surgery*, v. 8, n. 2, p. 320-323, jul./dez. 2018.

KATZUNG, B. G.; TREVOR, A. J. Farmacologia Básica e Clínica. 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Malamed SF. Sedation: A Guide to Patient Management. 6th ed. St. Louis: Elsevier; 2017

MALAMED, S. F. Sedation: A Guide to Patient Management. 7. ed. St. Louis: Elsevier, 2018.

MALAMED, S. F. Manual de Anestesia Local. Tradução da 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

MALAMED, Stanley F. Sedação na Odontologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MIRANDA-RIUS, Jaume et

al. Salivary Secretory Disorders, Inducing Drugs, and Clinical Management. International Journal of Medical Sciences, v. 12, n. 10, p. 811-824, set. 2015. DOI: 10.7150/ijms.12912.

Ministério da Saúde (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC nº 69, de 21 de dezembro de 2007: Regulamento Técnico para Gases Medicinais. Brasília: Diário Oficial da União; 2007.

Miller RD, Eriksson LI, Fleisher LA, Wiener-Kronish JP, Young WL, editors. Miller's Anesthesia. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

MOZAFAR, S. et al. Comparison of nitrous oxide/midazolam and nitrous oxide/promethazine for pediatric dental sedation: A randomized, cross-over, clinical trial. Dental Research Journal, v. 15, n. 6, p. 411-419, nov./dez. 2018.

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Control of Nitrous Oxide in Dental Operatories. DHHS (NIOSH) Publication No. 94-129. Cincinnati: NIOSH; 1994.

50- National Fire Protection Association. NFPA 99: Health Care Facilities Code. Quincy, MA: NFPA; 2021.

NASSAR JUNIOR, A.P.; et al. Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. São Paulo Med J, vol 126., n. 4, 2008.

NHCPS. How to Use Automated External Defibrillator (AED). Disponível em: <https://nhcps.com/lesson/bls-how-to-use-automated-external-defibrillator-aed/>. Acesso em: 24 set. 2025.

NHCPS. Automated External Defibrillator (AED) Infants & Children. Disponível em: <https://nhcps.com/lesson/bls-automated-external-defibrillator-aed-infants-children/>. Acesso em: 24 set. 2025.

NUNES, T.A. Urgência e emergência pré-hospitalar. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2010.

NUNES, L. S.; VIEIRA, L. J. Sedação consciente com óxido nitroso em Odontopediatria: princípios e aplicações. Revista Odontopediatria Brasil, v. 5, n. 2, p. 45–53, 2021.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA). Nitrous Oxide. Chemical Sampling Information. Washington, DC: OSHA; 2023.

PICCIANI, Bruna-Michalski et al. Contribution of benzodiazepines in dental care of patients with special needs. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, v. 11, n. 12, p. e1170-e1176, 2019.

PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Exame Clínico. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017

SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Prática para sedação e analgesia moderada procedimental**. São Paulo: SAESP, 2018. Disponível em: <<https://saesp.org.br/wp-content/uploads/Pratica-para-sedacao-e-analgesia-moderada-procedimental-2018.pdf>>. Acesso em: 18 ago 2025.

SANDERS, R. D.; WEIMANN, J.; MAZE, M. Efeitos biológicos do óxido nitroso: uma revisão mecanística e toxicológica. Anesthesiology, v. 109, p. 707-722, 2008.

SOUZA, R. C. C.; ROMAGNOLO, F. U. Sedação e monitorização em Odontologia: bases científicas para a prática clínica. 1. ed. São Paulo: Santos Publicações, 2022.

WILSON, K. E.; GANNON, B. Nitrous oxide inhalation sedation: An update. Dental Update, v. 47, p. 101–108, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais: mais do que uma especialidade, um ato de amor à vida. Brasília, 2019. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/odontologia-para-pacientes-com-necessidades-especiais-mais-do-que-uma-especialidade-um-ato-de-amor-a-vida/> Acesso em: 10 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1526_16_10_2023.html. Acesso em: 18 set. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 18 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 224, de 12 de fevereiro de 2008. Habilita Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) a receberem incentivos financeiros destinados ao custeio dos serviços especializados de saúde bucal. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 13 fev. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0224_12_02_2008.html.

Acesso em: 18 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 15 de maio de 2008. Habilita e desabilita Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) a receberem incentivos financeiros destinados ao custeio dos serviços especializados de saúde bucal. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 16 maio 2008. Disponível

em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0963_15_05_2008.html.

Acesso em: 18 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasil Sorridente: Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível

em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.

Acesso em: 18 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde Bucal. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/saude-bucal/publicacoes/guia_saude_bucal_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em: 18 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Especialistas registrados por área de atuação. Brasília: CFO, 2023. Disponível em: <http://cfo.org.br/website/categorias-cro-especialistas/>.

Acesso em: 18 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO nº 198/2019. Reconhecimento da Harmonização Orofacial como especialidade odontológica. Brasília: CFO, 2020. Disponível em: <http://cfo.org.br/website/resolucao-cfo-198-2019/>. Acesso em: 18 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002; atualizada em 2018. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CES032002.pdf.

Acesso em: 18 set. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 18 set.

2025.

VIEIRA, Geovana et al. Importância da Odontologia para Pacientes Especiais durante a Graduação. *Archives of Health Investigation*, v. 11, n. 3, p. 428-431, 2022. DOI: <https://doi.org/10.21270/archi.v11i3.5831>. Acesso em: 29 set. 2025.

GROBERIO, Luís Gustavo Neves et al. Barreiras de acessibilidade em faculdades de Odontologia da região metropolitana do Rio de Janeiro: diagnóstico situacional e protocolo de adequação. *Revista Científica do CRO-RJ (Rio de Janeiro Dental Journal)*, v. 9, n. 1, p. 25-33, 2024. Disponível em: <https://revistacientifica.cro-rj.org.br/CRO-RJ/article/view/9>. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 29 set. 2025.

KRUG, Suzane Beatriz Frantz et al. Ações e estratégias de educação permanente em saúde na rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, p. e310131, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310131>. Acesso em: 29 set. 2025.

BRAUN, P. L. et al. Cuidados públicos em saúde bucal ofertado às pessoas com deficiência: a educação permanente no Sistema Único de Saúde. Revista da ABENO, v. 24, n. 1, e2143, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30979/revabeno.v24i1.2143>. Acesso em: 29 set. 2025.

MORAES, L. F. et al. Cuidado interdisciplinar em saúde bucal de estudantes com deficiência: vivência extensionista. Revista Interdisciplinar em Saúde, v. 1, p. 1-12, 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/385917985_CUIDADO_INTERDISCIPLINAR_EM_SAUDE_BUCAL_DE_ESTUDANTES_COM_DEFICIENCIA_VIVENCIA_EXTENSIONISTA. Acesso em: 29 set. 2025.

SANTOS, V. G. et al. Uso de metodologias ativas em saúde bucal para surdos: relato de experiência. Revista Educación, Política y Sociedad, v. 8, n. 2, p. 137–150, 2023. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9748926.pdf>. Acesso em: 29 set. 2025.

DE TOLEDO, L. S. C. et al. Práticas educativas voltadas para deficientes visuais na odontologia: revisão de literatura. RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar, v. 5, n. 5, p. e555260, 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/380770392_PRATICAS_EDUCATIVAS_VOLTADAS_PARA_DEFICIENTES_VISUAIS_NA_ODONTOLOGIA_REVISAO_DE_LITERATURAEDUCATIONAL_PRACTICES_TAILORED_TO_VISUALLY_IMPAIRED_IN_DENTISTRY_LITERATURE_REVIEW. Acesso em: 29 set. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA). Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência. Curso UNA-SUS. Disponível em: <https://unasus.ufma.br/cursos/37>. Acesso em: 18 set. 2025.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS). Curso: Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência (46763). Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46763>. Acesso em: 18 set. 2025.

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (ENAP). Curso Introdução à Libras. Brasília: ENAP, 2025. Disponível em: <https://www.escolavirtual.gov.br/curso/11>. Acesso em: 18 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Cartilha: Uso da Tecnologia Assistiva e o Brincar. Brasília: MDH, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-com-deficiencia/publicacoes/Cartilha_UsodaTecnologiaAssistivaeoBrincar_.pdf. Acesso em: 18 set. 2025.

RIBEIRO, Isabella Batista; MOURA, Samara Marques de. Acesso de pessoas com deficiência a serviços de saúde bucal públicos no Brasil: revisão integrativa da literatura. Revista Foco, v. 18, n. 1, e7451, p. 01-16, 2025. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n1-041>. Acesso em: 29 set. 2025.

CARVALHO, Leticia Ferreira de; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves; FARAH, Beatriz Francisco. Rede de atenção à saúde bucal para Pessoas com Deficiência: desafios e potencialidades da Atenção Primária à Saúde. Research, Society and Development, v. 12, n. 2, e3012239655, 2023. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.39655>. Acesso em: 29 set. 2025

ALVES, Marcos Phelipe Araújo Andrade; BARROS, Beatriz Álvares Cabral de; CAMARGO, Alessandra Rodrigues de. Aspectos éticos e legais da estabilização protetora em Odontologia – revisão integrativa. Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL, v. 11, n. 1, p. 63–71, 2024. DOI: <https://doi.org/10.21117/rbol-v11n12024-512>. Disponível em: <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/512>. Acesso em: 29 set. 2025.

COSTA, Luiza Naves da. Estabilização protetora em odontopediatria – indicações, riscos e aspectos legais: revisão de literatura. 2024. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/41564>. Acesso em: 29 set. 2025.

PIRES, Monique Marques et al. Atendimento de pacientes com necessidades especiais em Centros de Especialidades Odontológicas brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. *Arquivos em Odontologia*, Belo Horizonte, v. 58, e26, p. 1-12, 2022. DOI: 10.35699/2178-1990.2022.39607. Disponível

em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/39607>.

Acesso em: 29 set. 2025.

CAMPOS, R. Tecnologias assistivas na higiene bucal da pessoa com deficiência. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2023. (Folder educativo). Disponível

em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/29195/1/Folder%20-%20TECNOLOGIAS%20ASSISTIVAS%20NA%20HIGIENE%20BUCAL%20DA%20PESSOA%20COM%20DEFICI%3%8ANCIA%20UNASUS%20UFMA.pdf>. Acesso em: 22 set. 2025.

TOLEDO, M. L. B. et al. Práticas educativas voltadas para deficientes visuais: revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, v. 7, n. 3, p. 1-12, 2024. Disponível em: <https://revistas.unicentro.br/index.php/saude/article/view/5260>. Acesso em: 22 set. 2025.

PATRIOTA, G. A. S. et al. Tecnologias assistivas para comunicação de crianças com Transtorno do Espectro Autista: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 30, n. 1, p. 143-158, 2024. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/rbee/article/view/143>. Acesso em: 22 set. 2025.

CALDAS JÚNIOR, A.; MACHIAVELL, L. J. Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência: protocolos, diretrizes e condutas para cirurgiões-dentistas. Recife: Editora Universitária, 2013. p. 217. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39778/0/Atenção+e+cuidado+da+saúde+bucal+da+pessoa+com+deficiência>. Acesso em: 11 nov. 2025.

Ferrazzano GF, Salerno C, Bravaccio C, Ingenito A, Sangianantoni G, Cantile T. Autism spectrum disorders and oral health status: review of the literature. *Eur J Paediatr Dent*. 2020 Mar;21(1):9-12. doi: 10.23804/ejpd.2020.21.01.02. PMID: 32183521.

Balian A, Cirio S, Salerno C, Wolf TG, Campus G, Cagetti MG. Is Visual Pedagogy Effective in Improving Cooperation towards Oral Hygiene and Dental Care in Children with Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(2):789.

Togashi, C.M, & WALTER, C.C.F. (2016). As Contribuições do Uso da Comunicação Alternativa no Processo de Inclusão Escolar de um Aluno com Transtorno do Espectro do Autismo. *Revista Brasileira de Educação Especial* [online], v. 22, n. 3 [Acessado 24 Setembro 2025] , pp. 351-366. Disponível em: . ISSN 1980-5470.

Limeres-Posse J, Castaño-Novoa P, Abeleira-Pazos M, Ramos-Barbosa I. Behavioural aspects of patients with Autism Spectrum Disorders (ASD) that affect their dental management. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014 Sep 1;19(5):e467-72. doi: 10.4317/medoral.19566. PMID: 24608219; PMCID: PMC4192569.

BRASIL. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf

PEIXOTO, Marcus Valerius da Silva et al. Análise da participação popular na política de atenção à saúde da pessoa com deficiência em Aracaju, Sergipe, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 22, n. 67, p. 1099-1110, out./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2018.v22n67/451-462/pt>. Acesso em: 29 set. 2025.

IMPERATORI, T. K.; NEVES, A. V. Caminhos e perspectivas do associativismo das pessoas com deficiência no Distrito Federal. *Argumentum*, v. 11, n. 2, p. 195-209, 2019. Disponível

em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8946159.pdf>

2019.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Nada sobre nós, sem nós: da integração à inclusão – Parte 1. Revista Nacional de Reabilitação, ano X, n. 57, jul./ago. 2007, p. 8-16. Disponível em: <https://rnr.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Nada-sobre-nos-sem-nos-Romeu-Kazumi-Sassaki.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2025.

COSTA, W. M. et al. Transdisciplinaridade e Saúde em debate: análise de dissertações e teses brasileiras. Revista DELOS, Curitiba, v. 18, n. 64, p. 01-14, 2025. DOI: 10.55905/rdelosv18.n64-020. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/rdelosv18.n64-020>. Acesso em: 30 set. 2025.

DIAS, J. G. et al. Perspectivas gerais da odontologia domiciliar: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 7, n. 4, p. 01-16, jul./ago. 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n4-067. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n4-067>. Acesso em: 30 set. 2025.

MATOS, M. C. S. A.; TEIXEIRA, G. B. O atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais no SUS: desafios e possibilidades. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 11, n. 5, p. 2600-2608, 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i5.19243. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v11i5.19243>. Acesso em: 30 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 25 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_25_04_2012.html. Acesso em: 30 set. 2025.

MIRANDA, G. M. D. et al. O acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: a percepção de profissionais e gestores da atenção primária à saúde. Saúde e Sociedade, São

Paulo, v. 33, n. 2, e230582pt, 2024. DOI: 10.1590/S0104-12902024230582pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230582pt>. Acesso em: 30 set. 2025.

Sant'Ana, Amanda Paino. Avaliação do impacto de cuidados parentais na saúde bucal de crianças com deficiência intelectual de zero a seis anos de idade.: Universidade Estadual Paulista (Unesp), 27 jun. 2022.

Santos MUC, Freitas Miranda Filho AE, Molena KF, Silva LABD, Stuari MBS, Queiroz AM. The impact of caregiver training on the oral health of people with disabilities: A systematic review. *Spec Care Dentist*. 2025 Jan-Feb;45(1):e13072. <https://doi.org/10.1111/scd.13072>.

Muniz MFS, Marques LS, Jorge MLR. Limitações e dificuldade relacionadas a saúde bucal de crianças com Transtorno do Espectro Autista: revisão integrativa da literatura. *R.CROMG*. 2024 fev;22(Supl.4). <https://doi.org/10.61217/rcromg.v22.480>.

Lee J, Chang J. Oral health issues of young adults with severe intellectual and developmental disabilities and caregiver burdens: a qualitative study. *BMC Oral Health*. 2021 Oct 18;21(1):538. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01896-3>.

Alwadi MA, AlJameel AH, Baker SR, Owens J. Access to oral health care services for children with disabilities: a mixed methods systematic review. *BMC Oral Health*. 2024 Aug 27;24(1):1002. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04767-9>.

Phadraig CM, Nunn J, Dougall A, O'Neill E, McLoughlin J, Guerin S. What should dental services for people with disabilities be like? Results of an Irish Delphi panel survey. *PLoS One*. 2014 Nov 24;9(11):e113393. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113393>.

Teste M, Broutin A, Marty M, Valéra MC, Soares Cunha F, Noirrit-Esclassan E. Toothbrushing in children with autism spectrum disorders: qualitative analysis of parental difficulties and solutions in France. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2021 Dec;22(6):1049-1056. <https://doi.org/10.1007/s40368-021-00640-3>.

Campos JR, Costa FO, Borges-Oliveira AC, Cota LOM. Stress and Self-Efficacy in Parents/Caregivers and Oral Health of Individuals with Down Syndrome During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2024 Nov 11;21(11):1497. <https://doi.org/10.3390/ijerph21111497>.

Alegría PL, Landim SF, Branco BHM, Carmine F, Birditt K, Sandoval C, González MM. Dental Hygiene Challenges in Children with Autism: Correlation with Parental Stress: A Scoping Review. *J Clin Med*. 2024 Aug 9;13(16):4675. <https://doi.org/10.3390/jcm13164675>.

Shalabi MASA, Khattab NMA, Elheeny AAH. Picture Examination Communication System Versus Video Modelling in Improving Oral Hygiene of Children with Autism Spectrum Disorder: A Prospective Randomized Clinical Trial. *Pediatr Dent*. 2022 Jan 15;44(1):25-31.

Shah AH, Naseem M, Khan MS, Asiri FYI, AlQarni I, Gulzar S, Nagarajappa R. Oral health knowledge and attitude among caregivers of special needs patients at a Comprehensive Rehabilitation Centre: an analytical study. *Ann Stomatol (Roma)*. 2018 Mar 8;8(3):110-116. <https://doi.org/10.11138/ads/2017.8.3.110>.

Minihan PM, Morgan JP, Park A, Yantsides KE, Nobles CJ, Finkelman MD, Stark PC, Must A. At-home oral care for adults with developmental disabilities: a survey of caregivers. *J Am Dent Assoc*. 2014 Oct;145(10):1018-25. <https://doi.org/10.14219/jada.2014.64>.

Oliveira MTP de, Farias MR de, Vasconcelos MIO, Brandão IR. Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. *Physis*. 2022;32(1):e320106. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320106>.

Carvalho LF de, Leite ICG, Farah BF. Oral health care network for People with Disabilities: challenges and potentialities of Primary Health Care . *RSD*. 2023 Jan. 14;12(2):e3012239655. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.39655>.

Viana VS, Fernandez MS, Nunes FS. Multiplicando saberes: atenção em saúde bucal para cuidadores de pessoas com deficiência. *Rev Ciênc Extensão Univ São Paulo*. 2022;18(1):305-23. <https://doi.org/10.23901/1679-4605.2022v18n1p305-323>.

Alamri H. Oral Care for Children with Special Healthcare Needs in Dentistry: A Literature Review. *J Clin Med*. 2022 Sep 22;11(19):5557. <https://doi.org/10.3390/jcm11195557>.

Selbera LM, Boyd LD, Vineyard J, Smallidge DL. Impact of Oral Health Education on the Knowledge, Behaviors, Attitudes, and Self-Efficacy of Caregivers for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities. *J Dent Hyg*. 2021 Apr;95(2):21-27.

Carrada CF, Tavares MC, Procopio SW, Scalioni FAR, Firmino RT, Ribeiro RA, Paiva SM. Relationship between Oral Health Literacy of Caregivers and the Oral Health-Related Quality of Life of Children with Autism Spectrum Disorders. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2025 Mar. 19;25:e230227. <https://doi.org/10.1590/pboci.2025.100>.

Trindade KM, Ribeiro EAS, Barreto JA da A, Barreto GB, Souza SRS, Barrientos MO. CARACTERIZAÇÃO E PERFIL DE SAÚDE BUCAL REFERIDA POR CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS. *Rev. Bras. Saúde Funcional*. 2019 Dez. 7(3):38. <https://doi.org/10.25194/rebrasf.v7i3.1187>.

Deshpande AN, Naik K, Deshpande N, Joshi N, Jaiswal V, Raol RY. Safety and Efficacy of Plaque Removal Using Manual and Powered Toothbrush in Cerebral Palsy Children by Parents/Caregivers: A Randomized Control Crossover Trial. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2023 Mar-Apr;16(2):344-349. doi: 10.5005/jp-journals-10005-2533. PMID: 37519975; PMCID: PMC10373755.

Waldron C, Nunn J, Phadraig CM, Comiskey C, Guerin S, van Harten MT, Donnelly-Swift E, Clarke MJ. Oral hygiene interventions for people with intellectual disabilities. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 May 31;5(5):CD012628. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012628.pub2>.

García-Carrillo A, Jover A, Plá R, Martorell A, Sota C, Gómez-Moreno G, Figuero E, Sanz M, Herrera D. Manual versus sonic powered toothbrushing in patients with intellectual disability: a cluster-randomized clinical trial. *J Clin Periodontol*. 2016 Aug;43(8):684-93. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12567>.

Phadraig CM, Guerin S, Nunn J. Train the trainer? A randomized controlled trial of a multi-tiered oral health education programme in community-based residential services for adults with intellectual disability. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013 Apr;41(2):182-92. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12006>.

Faulks D, Freedman L, Thompson S, Sagheri D, Dougall A. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. *Eur J Dent Educ*. 2012 Nov;16(4):195-201. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2012.00736.x>.

Patel NG, Bargale S, Shah S, Ardesana A, Kariya PB, Patel HN. Comparison of Plaque Removal Efficacy with Powered and Manual Toothbrushes in 10-14-year-old Visually and Auditory Impaired Children: A Randomized Controlled Study. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2021 May-Jun;14(3):364-368. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1949>.

Yeh CH, Lin CH, Ma TL, Peng TY, Vo TTT, Lin WN, Chen YH, Lee IT. Comparison Between Powered and Manual Toothbrushes Effectiveness for Maintaining an Optimal Oral Health Status. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2024 Oct 2;16:381-396. <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S490156>.

Kalf-Scholte SM, Valkenburg C, van der Weijden FGA, Slot DE. Powered or manual toothbrushing for people with physical or intellectual disabilities - A systematic review. *Spec Care Dentist*. 2023 Sep-Oct;43(5):515-529. <https://doi.org/10.1111/scd.12821>.

Pöld A, Kientega DF, Garé JV, Lorenz M. A qualitative exploration to inform an oral health training for disability care workers in Burkina Faso. *Nurs Open*. 2024 Aug;11(8):e2249. <https://doi.org/10.1002/nop2.2249>.

BRASIL. Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2024. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/1091305-projeto-do-governo-institui-a-politica-nacional-de-cuidados/>. Acesso em: 23 out. 2025.

Lohrasbi F, Alavi M, Akbari M, Maghsoudi J. Promoting Psychosocial Health of Family Caregivers of Patients with Chronic Mental Disorders: A Review of Challenges and Strategies. *Chonnam Medical Journal*, v. 59, n. 1, p. 31-47, 2023. <https://doi.org/10.4068/cmj.2023.59.1.31>.

Moreira MCN, Steffen RE, Zin AA, Santos MS, Costa ACC, Campos DS, Barros LBP, Moreira MEL, Mendes CHF, Kuper H, Pinto M. Depressão, ansiedade, estresse e apoio social: estudo transversal com cuidadores de crianças com deficiência visual no Rio de Janeiro, Brasil – Views-QoL Study. *Cadernos de Saúde Pública* 2023; 39(11):e00247622. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT247622>.

Silva TBQ, Fontana DGR, Jantsch LB, Colomé ICS, Costa MC. Cuidadores domiciliares de pessoas com deficiência intelectual no contexto rural e seus desafios. *Cogit. Enferm.* 2021; 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.72567>.

Yao H, Li K, Li C, Hu S, Huang Z, Chen J, Xu Y. Caregiving burden, depression, and anxiety in informal caregivers of people with mental illness in China: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*. 2024 Nov 19;24(1):824. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06239-4>.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm.

Foresti T, et al. O cuidado na Perspectiva de familiares de pessoas com deficiência: revisão integrativa. (2022). *Estudos De Psicologia (Natal)*, 26(4), 392-403. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20210037>.

ANDRADE, João Pedro Palacios; SCARDOVELLI, Terigi Augusto. Sistema para controle de cadeira odontológica por profissionais com limitação motora. Revista Científica UMC, v. 8, n. 2, p. e080200038-e080200038, 2023. Disponível em: <https://revista.umc.br/index.php/revistaumc/article/view/1898?articlesBySimilarityPage=5>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: 1985 – Adequação das edificações e mobiliário urbano à pessoa deficiente. Rio de Janeiro: ABNT, 1985.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: 2020 – Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. [Emenda Constitucional n. 12, de 17 de outubro de 1978]. Assegura aos deficientes a melhoria de sua condição social e econômica. Brasília, DF: Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/1970-1979/emendaconstitucional-12-17-outubro-1978-366956-publicacaooriginal-1-pl.html>.

BRASIL. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm.

Brasil. 2015. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, 7 jul. 2015. Seção 1, p. 7.

Comitê de Gênero, Inclusão e Equidade [CGIE]. 2023. Relatório sobre pessoas com deficiência no Brasil. Disponível em: https://www.estadao.com.br/blogs/vencer-limites/wp-content/uploads/sites/189/2023/11/relatorio-cgie-pcd-23102023-final_061120233522.pdf.

CRISÓSTOMO, João Victor Dias et al. Inclusão de usuários de cadeira de rodas em cursos de Odontologia. *Conjecturas*, v. 22, n. 11, p. 103-117, 2022.

GOMES, Aline Fonseca et al. GESTÃO PÚBLICA E INSERÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM TEIXEIRA DE FREITAS–BAHIA. *Revista Gestão em Análise*, v. 12, n. 2, p. 38-53, 2023. Disponível em: <https://unichristus.emnuvens.com.br/gestao/article/view/4426>

LINDSAY, Sally et al. Ableism within health care professions: a systematic review of the experiences and impact of discrimination against health care providers with disabilities. *Disability and rehabilitation*, v. 45, n. 17, p. 2715-2731, 2023. Disponível: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638288.2022.2107086>

Mendonça-Neto, W.L.; Marques, A.C.O.; Borges, R.E. 2018. Desafios da inclusão da pessoa com deficiência. In: Chaveiro, E. F.; Vasconcellos, L. C. F. (Org.). *Uma ponte ao mundo – Cartografias existenciais da pessoa com deficiência e o trabalho*. Goiânia: Editora Kelps, p. 97–112.

MORAN, Maira et. al. Formação de mulheres com deficiência na odontologia: reflexões e um estudo de caso. In: MOLIN, Rossano Sartori Dal. *Saúde da mulher e do recém-nascido: novos paradigmas*. Guarujá: Editora Científica Digital, 2024.p.142-158

Santos, C. R.; Borges, R. E. 2018. Inclusão de profissionais com deficiência no mercado de trabalho. *Uma ponte ao mundo – Cartografias existenciais da pessoa com deficiência e o trabalho*. Goiânia: Editora Kelps, p. 97–112.

SARSUR, Amyra Moyzes et al. Inclusão de pessoas com deficiência: A perspectiva da área de Recursos Humanos. *Revista de Ciências da Administração*, v. 25, n. 65, p. 6, 2023. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9139237>

Sassaki, R. K. 2007. Nada sobre nós sem nós: da integração à inclusão. *Revista Nacional de Reabilitação*, v. 10, n. 57: 8-16.