

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

FLAVIA RICCELLI LIMA DE FARIAS

**REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE MANEJO DO COMPORTAMENTO PARA
O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM DEFICIÊNCIA
AUDITIVA**

PATOS-PB

2016

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

FLAVIA RICCELLI LIMA DE FARIAS

**REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE MANEJO DO COMPORTAMENTO PARA
O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM DEFICIÊNCIA
AUDITIVA.**

Trabalho de Conclusão do Curso (TCC)
apresentado à Coordenação do Curso
de Odontologia da Universidade
Federal de Campina Grande - UFCG,
como parte dos requisitos para
obtenção do título de Bacharel em
Odontologia.

Orientador: Profa. Dra. Renata Andrea Salvitti de Sá Rocha

PATOS-PB

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

F224r Farias, Flavia Riccelli Lima de

Revisão sistemática sobre manejo do comportamento para o atendimento odontológico de pacientes com deficiência auditiva / Flavia Riccelli Lima de Farias. – Patos, 2016.
48f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2016.

"Orientação: Profa. Dra. Renata Andréa Salvitti de Sá Rocha".

Referências.

1. Surdez. 2 Manejo. 3.Cuidados odontológicos. 4.Deficiência auditiva.
1.Título.

CDU 616.28-008.15

FLAVIA RICCELLI LIMA DE FARIAS

REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE MANEJO DO COMPORTAMENTO PARA
O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM DEFICIÊNCIA
AUDITIVA.

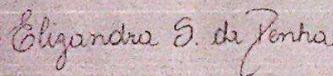
Trabalho de Conclusão de Curso
(TCC) apresentado à
Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade
Federal de Campina Grande
(UFCG) como parte dos pré-
requisitos para obtenção do título
de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em 19/10/16

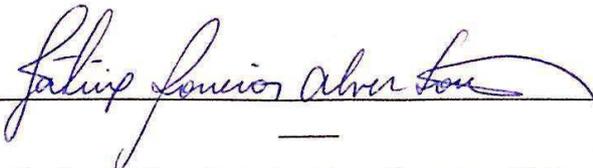
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Renata Andrea Salvitti de Sá Rocha – Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG



Profa. Dra. Elizandra Silva da Penha– 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG



Profa. Dra. Fátima Roneiva Alves Fonseca– 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Este trabalho, assim como a todos os sonhos conquistados, dedico a Deus e a todos que amo.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar sou grata a Deus, Nossa Senhora e a São Cosme e São Damião pelas graças advindas, e por ter me concebido o dom da sabedoria para realizar todos os objetivos até aqui alcançados.

Agradecer a minha mãe, Aline Braz de Farias, pela perseverança, pelo carinho, pela dedicação e por nunca desistir de mim, mesmo quando todos já haviam desistido. A meu pai, Flavio Roberto Lima de Farias, por toda paciência, compaixão e esforço para me manter onde estive durante todos esses anos para que eu pudesse estar hoje, onde estou.

Aos meus irmãos, Flávio Roberto Lima de Farias Junior e Fernanda Michelly Lima de Farias, por todo companheirismo, por todo amor, pela união e ajuda, não só durante os 5 anos de curso, mas por toda minha vida, um amor que me moldou a tal ponto que, eu não sou eu, se não houver vocês.

Aos meus avós maternos, Jose Braz de Oliveira, in Memoria, e Maria Vieira de Oliveira, por toda forma de amor, cuidado e dedicação para comigo, sou grata a vocês e a Deus por tê-los colocado em minha vida. Meus avós paternos, Jucelino Lima de Farias e Hilda Lucas de Lima, pelo também grande amor e carinho, e com a ajuda de vocês, a oportunidade de estar concluindo o curso de Odontologia.

A todos os meus tios e tias, paternos e maternos, em especial, Oliveiros Braz de Oliveira, Celia Maria Braz Belarmino, Neuma Braz, Carlos Clócio Lucas de Farias, Magna Coele Lucas de Farias, Mônica Cibelli Lucas de Farias, Sergio Lucas de Farias e agradecer infinitamente a meu Tio Juciano Lucas de Farias por todo gesto de carinho, por sempre me dá a mão quando eu mais precisava, por nunca ter me deixado desistir, agradeço a todos vocês, tios e tias, que ajudaram a mim e a meus pais para que este dia finalmente chegasse.

A todos os meus primos e primas, em especial, a Ladiálane Braz Agra, a minha prima e irmã, Millena Abrantes Farias, meu primo e irmão, Anderson Laurentino de Oliveira, e a Marcella Monara Lucas de Farias Rodrigues por ter me acolhido e ter me ajudado sempre que precisei de apoio e orientação durante o curso de Odontologia, obrigado a todos, por todo carinho, amor e companheirismo que todos os meus primos tiveram e ainda possuem comigo, sou quem sou graças a cada um de vocês, meu muito obrigado.

Aos meus amigos, que se fizeram presentes durante todo o curso, onde que, hoje são muito mais que amigos, à família que Deus me permitiu escolher, em especial as irmãs do coração, Ana Amelia Barros, Wanessa Arhiel Rodrigues

de Lima, Mariana Souza Bezerra Alencar e Luciana Gabriella Medeiros da Silva, que de uma forma inexplicável contribuíram para a conclusão desta etapa.

E por ultimo e não menos importante, a professora Renata Andrea Salvitti de Sá Rocha, por todo empenho, dedicação e paciência que teve comigo durante todo período de realização deste trabalho, obrigado por todo incentivo e por todo aprendizado, à senhora, toda minha admiração.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A deficiência auditiva (DA) é a ausência, perda ou diminuição considerável do sentido da audição. A perda auditiva é um déficit sensorial muito comum e causa grande desvantagem de comunicação. O atendimento odontológico depende da comunicação, que garanta de fato o sucesso do procedimento. Pacientes com DA requerem um tratamento odontológico diferenciado devido às limitações impostas por sua deficiência. **OBJETIVO:** Descrever estratégias de manejo do comportamento para o atendimento odontológico de pacientes com deficiência auditiva por meio de uma revisão sistemática da literatura. **METODOLOGIA:** As bases de dados consultadas foram Pubmed, Medline, LILACS, SCIELO, Google Acadêmico e o Periódicos CAPES, com as palavras-chave “Cuidados odontológicos” “deficiência auditiva”, “hearing loss”, “behavior” “hearing-impaired”, “deaf”. Foram incluídos os artigos em Português e Inglês, dos últimos 10 anos aos quais houvesse acesso integral do artigo. **RESULTADOS:** Foram encontrados 526 artigos, sendo 488 no Google Acadêmico, 13 no PubMed, 18 no MedLine, 2 no LILACS e 5 no Periódicos CAPES. Retiradas as referências cruzadas redundantes, constantes em mais de uma base, foram selecionados 5 artigos (4 do Google Acadêmico e 1 do LILACS). Com base na metodologia empregada, foi possível selecionar 5 trabalhos relacionados ao tema de estudo, e as estratégias de manejo do comportamento encontradas foram: exploração dos sentidos do tato, visão e paladar, capacitação aos cirurgiões-dentistas para utilização da Língua de Sinais ou presença de intérpretes, utilização de viseiras transparentes para facilitar a leitura labial, uso de material pictórico; utilização de brinquedo feito manualmente, inclusão dos responsáveis nas orientações, realização de consultas rápidas; diminuição de sons no ambiente; não realização de movimentos bruscos, remoção do aparelho auditivo quando houver a utilização de motores que produzem alto ruído, e em caso de não-colaboração: uso de medicamentos ou estabilização dos pacientes, uso e dispositivos para abertura bucal, e anestesia geral. **CONCLUSÃO:** Existem poucas recomendações na literatura quanto ao manejo do comportamento no atendimento odontológico de pacientes com DA. Há necessidade, portanto, da realização de pesquisas em condições cuidadosamente controladas, para prover evidências científicas que apoiem as recomendações clínicas existentes, além da necessidade de desenvolver programas de ensino de estratégias de manejo do comportamento do paciente com DA para promover novas habilidades para estudantes e dentistas.

Palavras-chave: surdez. manejo. comportamento. cuidados odontológicos, deficiência auditiva.

ABSTRACT

INTRODUCTION: hearing (DA) is the absence, loss or substantial reduction of the sense of hearing. Hearing loss is a very common sensory deficit and cause great disadvantage. The dental care depends on communication, ensuring the success of the procedure. The patients require a differentiated dental treatment due to the limitations imposed by their disabilities. **AIM:** to describe behavior management strategies for the dental care for patients with hearing loss through a systematic review of the literature. **METHODOLOGY:** the databases consulted were Medline, Pubmed, LILACS, SCIELO, Google Scholar and the CAPES Journals, with the keywords "Dental Care" "hearing", "hearing loss", "behavior" "hearing-impaired", "deaf". We have included articles in Portuguese and English, of the last 10 years for which there was full access article. **RESULTS:** 526 articles were found, being 488 in Google Scholar, 13 in PubMed, MedLine, 18 2 in LILACS and 5 in CAPES Journals. Removed redundant cross-references, appearing in more than one base, 5 were selected articles (Google Scholar 1 and 4 of the LILACS). Based on the methodology, it was possible to select 5 papers related to the topic of study, and behavior management strategies found were: exploration of the senses of touch, sight and taste, training to surgeons for use of or presence of sign language interpreters, use of transparent visors to facilitate lip reading, use of pictorial material; use of handmade toy, inclusion of the guidelines, quick consultations; decrease of sounds in the environment; not performing sudden movements, removing the hearing aid when using burs which produce high noise, and in case of non cooperation: use of medicine or stabilization of patients, and use devices for oral opening, and general anesthesia. **CONCLUSION:** there are few recommendations in literature regarding behavior management in the dental care of patients. There is a need, therefore, to carry out research in carefully controlled conditions, to provide scientific evidence to support the recommendations of existing clinics, in addition to the need to develop teaching programs of management strategies of patient behavior to provide new skills for students and dentists.

Keywords: deafness. management. behavior. dental care, hearing.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

Et al. - Colaboradores

BIAP - Bureau International of Audiophonologie

DA - Deficiência Auditiva

CD – Cirurgião-dentista

CFO - Conselho Federal de Odontologia

Db – Decibel, unidade de intensidade sonora

LIBRAS – Língua Brasileira de Sinais

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

CAPES – Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

PUBMED – National Library of Medicine National Institutes

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO GERAL	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 CONCEITOS DE INCAPACIDADE, DESVANTAGEM E DEFICIÊNCIA	15
2.2 DEFICIÊNCIA AUDITIVA E ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	16
3 REFERÊNCIAS	20
4 ARTIGO	23
4.1 RESUMO	25
4.2 ABSTRACT	26
4.3 INTRODUÇÃO	27
4.4 METODOLOGIA	28
4.4.1 MATERIAIS E MÉTODOS	28
4.5 RESULTADOS	29
4.6 DISCUSSÃO	33
4.7 CONCLUSÃO	39
4.8 REFERÊNCIAS	40
5. ANEXO II – NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA	42

1. INTRODUÇÃO GERAL

Em odontologia, existem procedimentos como anestesia infiltrativa e uso de motores de alta e baixa rotação, que são geralmente considerados aversivos, e podem causar manifestações de medo, ansiedade e estresse por parte do paciente. Tais respostas são comumente denominadas de comportamentos de não-colaboração, e podem dificultar a realização do tratamento (CHHABRA, CHHABRA e WALIA, 2012; ROLIM, MORAES e COSTA, 2004).

Frente a estes desafios inerentes ao tratamento odontológico, o profissional pode fazer uso de estratégias psicológicas de manejo de comportamentos, com a finalidade de proporcionar ao paciente a oportunidade de adquirir padrões de enfrentamento mais eficientes. A intervenção psicológica concomitante ao tratamento odontológico auxilia alguns pacientes a enfrentar rotinas odontológicas aversivas, reduzindo o nível de ansiedade manifestado por indivíduos com história de medo ou de não-colaboração em tratamento bucal (FISHER-OWENS, 2014; GUPTA, MARYA, BHATIA e DAHIYA, 2014; WRIGHT e KUPIETZKY, 2014).

As estratégias de manejo do comportamento dependem de uma boa comunicação entre o profissional e o paciente, e seus cuidadores. O profissional deve compreender o paciente como um todo, por meio da comunicação estabelecida com ele. Dessa forma, poderá entender as necessidades do paciente e, assim, prestar assistência adequada, minimizando seu sofrimento. Nesse processo, a comunicação ocupa espaço insubstituível e se ela não é efetiva, esta assistência torna-se falha (PAGLIUCA, MARDERO e REBOUÇAS, 2007).

Alguns elementos devem estar presentes no processo de comunicação. São eles: emissor, receptor, mensagem, canal e resposta. Portanto, a comunicação configura-se como uma forma de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas. O modo como se dá este intercâmbio exercerá influência no comportamento das pessoas envolvidas (STEFANELLI e CARVALHO 2005). O processo comunicativo torna-se importante para estabelecer relacionamento efetivo entre pessoas, pois exerce influência no

comportamento e é um instrumento que oferece apoio, conforto e informação, como também pode despertar confiança e auto-estima, considerados essenciais ao sucesso da comunicação (PAGLIUCA, MARDERO e REBOUÇAS, 2007).

As pessoas que buscam os serviços de saúde procuram, além de acolhimento, relações solidárias e de confiança com os profissionais para poder resolverem seu problema de saúde. O atendimento a pacientes com deficiência envolve a compreensão das dificuldades específicas (dificuldades motoras, dificuldades devido à falta ou dificuldade de comunicação, necessidades de saúde acumuladas, dentre outras) e inespecíficas (falta de profissionais habilitados, barreiras arquitetônicas e a superproteção em caso de criança com deficiência) que envolvem o tratamento (GUIMARÃES *et al.*, 2006). Além disso, é essencial que haja o envolvimento e o comprometimento dos pais/responsáveis no planejamento das atividades com a equipe multidisciplinar na tentativa de minimizar a possibilidade de intervenções curativas futuras (HADDAD, 2007).

No caso de indivíduos com Deficiência Auditiva (DA), ao buscar atendimento, encontra-se como desafio a comunicação com o profissional. Muitos se comunicam por meio da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), que é desconhecida pelos profissionais de saúde, na maioria das vezes. Somado a isso, a ausência de intérpretes no local de atendimento do paciente com DA pode tornar esse processo ainda mais difícil (PIRES e ALMEIDA, 2016).

A dificuldade na comunicação pode comprometer o sucesso da aplicação das estratégias de manejo do comportamento.

Existem várias maneiras de se comunicar com indivíduos com Deficiência auditiva. No entanto, cada profissional utiliza a forma que considera mais eficaz no processo de comunicação. Nem sempre, porém, a forma utilizada pelo profissional é a melhor para a comunicação com o deficiente auditivo, pois o indivíduo com surdez severa poderá ficar limitado, conforme o nível de escolaridade, ao uso de gestos isolados e próprios, entendidos exclusivamente no âmbito familiar. Basicamente, a comunicação não verbal é a mais utilizada por esses pacientes. Dessa forma, o profissional precisa adequar a forma de comunicação de acordo com o paciente (ROSA, BARBOSA e BACHION, 2000).

A comunicação não-verbal refere-se a mensagens enviadas por meio de ações e comportamentos humanos em vez de palavras ou escrita, como expressões faciais, postura, gestos ou imagens que agem como transmissores de informações, emoções e sensações (REBOUÇAS, 2005). Entre os pacientes com DA, a comunicação não-verbal é usada de forma mais consciente e objetiva, com bom nível de interação em grupo. Frequentemente, a linguagem dos deficientes auditivos é gestual e global, ou seja, um único tipo de gesto pode significar uma idéia completa, como também alguns gestos podem comunicar uma única ação (NOGUEIRA, CAETANO, PAGLIUCA e 2000).

Os procedimentos odontológicos não diferem tecnicamente daqueles realizados em qualquer indivíduo. As principais diferenças envolvem as características de comunicação da análise psicológica do paciente e da família, na abordagem do próprio paciente, como em cuidados pré-operatórios, posicionamento deste na cadeira odontológica, tipo de contenção e uso de abridores de boca para segurança do paciente e do profissional, caso necessário (TOLEDO, 2005).

Já que a dificuldade de comunicação interfere no manejo de comportamento, deve-se existir todo o cuidado na escolha e implementação da estratégia de manejo mais adequada a cada situação, pois alguns pacientes mostram-se mais resistentes ao atendimento.

O paciente parece aprender que o comportamento de esquiva o livra da realização do tratamento, deste modo, a não realização do tratamento enquanto o paciente não colabora, reforça as manifestações dos comportamentos de não-colaboração, aumentando sua frequência ao longo das sessões. É importante auxiliar o paciente a enfrentar a situação de atendimento odontológico assim que uma interação inicial seja estabelecida com o profissional (FATIMA *et al.*, 2003). Para isso é necessário relacionar-se e comunicar-se de modo cuidadoso e responsável, procurando traduzir, entender, compreender e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, conseqüentemente identificando suas necessidades (PAGLIUCA, FIUZA e REBOUCAS, 2007).

Visto que há uma dificuldade de comunicação dos profissionais de saúde com o paciente portador de DA, o presente estudo tem por objetivo

buscar na literatura científica, o que é preconizado para o manejo de pacientes com DA em um consultório odontológico. Para isso optou-se por realizar uma revisão sistemática da literatura.

Assim como outros tipos de estudo de revisão, é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica ou intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras. Métodos sistemáticos são usados para evitar viés e possibilitar uma análise mais objetiva dos resultados, facilitando uma síntese conclusiva sobre determinada intervenção (LINDE e WILLICH, 2003).

Ao viabilizarem, de forma clara e explícita, uma síntese dos estudos disponíveis sobre determinada intervenção, as revisões sistemáticas nos permitem incorporar um espectro maior de resultados relevantes, ao invés de limitar as nossas conclusões à leitura de somente alguns artigos. Assim, revisões sistemáticas são recursos importantes, pois ajudam a sintetizar a evidência disponível na literatura sobre uma intervenção, podendo auxiliar profissionais clínicos e pesquisadores no seu cotidiano (SAMPAIO e MANCINI, 2007).

O objetivo deste trabalho é descrever estratégias de manejo do comportamento para o atendimento odontológico de pacientes com deficiência auditiva por meio de uma revisão sistemática da literatura.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONCEITOS DE INCAPACIDADE, DESVANTAGEM E DEFICIÊNCIA

Na pesquisa e na prática da área da deficiência existem variações dos conceitos, relacionadas ao modelo biomédico e ao modelo biopsicossocial, que resultam em dificuldades na aplicação e utilização do conhecimento produzido. Evidencia-se, assim, a importância de esclarecer melhor a conceituação de deficiência, incapacidade e desvantagem, de acordo com o modelo biopsicossocial, preconizado atualmente (AMIRALIAN *et al.*, 2000).

A Incapacidade está relacionada à função, à capacidade de realizar algo. Encontramos incapacidade de variada magnitude, desde dificuldades para abotoar a camisa, dar o laço no calçado, segurar ferramentas e utensílios até a impossibilidade de caminhar e enxergar (GARBINO, 2013).

Já a desvantagem é prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, gênero, fatores sociais e culturais caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência (AMIRALIAN *et al.*, 2000).

A deficiência é um termo abrangente que inclui problema na função do corpo ou estrutura, dificuldade encontrada por um indivíduo na execução de uma tarefa ou ação ou problema experimentado por um indivíduo ao se envolver em situações da vida. É um fenômeno complexo que reflete uma interação entre as características do corpo de uma pessoa e as características da sociedade em que ele ou ela vive (World Health Organization. Disabilities, 2011).

Segundo Omote (1994), a definição da deficiência perde o caráter oficial e universal. Passa a ser dependente de contingência. As pessoas começam a compreender que alguém é deficiente somente em um contexto temporal, espacial e socialmente determinado. Começam a compreender que é necessário especificar os critérios segundo os quais ele é deficiente.

Assim sendo, Oliveira (2004) analisou o conceito de deficiência em três tipos listados a baixo:

- Concepção individual da deficiência: a deficiência é interpretada como um atributo inerente ao indivíduo. Pode tomar como referência o desvio de um padrão, de uma média de normalidade ou a presença de alguma falha ou limite que levam a um mau funcionamento geral ou em alguns aspectos específicos. A deficiência está centrada no indivíduo.

-Concepção psicossocial da deficiência: a deficiência é interpretada como decorrente de fatores sociais, emocionais ou educacionais, os quais podem estar prejudicando ou ocasionando dificuldades ao indivíduo. Os fatores causadores da deficiência não são simplesmente orgânicos, mas o foco de interpretação ainda recai sobre o próprio indivíduo. É ele que tem dificuldades, embora os fatores ou as explicações para suas dificuldades sejam externos.

-Concepção interacionista da deficiência: a deficiência é interpretada com base na complexa interação entre o indivíduo e a audiência. A deficiência, deste ponto de vista, não está instalada na pessoa, não se relaciona diretamente ao atributo, mas depende da interpretação de uma audiência. Assim, não é universal nem definitiva e, para compreendê-la faz-se necessário incluir o papel da audiência.

Nesta perspectiva, as interações sociais são determinantes para a identificação da deficiência e do deficiente e, portanto, trazem implicações diretas nas representações acerca desse fenômeno, tanto pelas pessoas comuns, quanto por aquelas identificadas como deficientes (OLIVEIRA, 2004).

2.2 DEFICIÊNCIA AUDITIVA E ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

A deficiência auditiva constitui uma proporção significativa entre todas as crianças com deficiência. A DA foi definida como perda de 60 dB ou mais, na menor orelha na gama de frequências convencional (World Health Organization. Visual impairment and blindness, 2014).

Poucos estudos relatam uma avaliação descritiva das necessidades de tratamento odontológico em uma abordagem isolada. Qualquer motivação para melhorar a saúde bucal deve ser adequada e eficiente para os grupos-alvo. Isto só é possível quando as necessidades dos grupos-alvo são identificadas com

precisão. É fundamental para que os profissionais envolvidos possam traçar um plano de tratamento adequado, ressaltando a importância, em muitos casos, de uma equipe multidisciplinar, assim como estabelecer protocolos de atendimentos (NASSRI *et al.*, 2009).

Os pacientes com DA sofrem alto risco na perspectiva da saúde bucal. Estes pacientes são geralmente dependentes dos pais ou responsáveis para a realização de atividades diárias, incluindo higiene bucal. As necessidades de tratamento odontológico de pacientes com DA surgem geralmente devido à negligência ou dificuldades dos cuidadores ou pais nos cuidados de saúde, barreiras de comunicação, nível socioeconômico, entre outros (MORETTO, HERONDIN, AGUIAR e ALVES REZENDE, 2014).

O sucesso do atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais está relacionado a uma anamnese minuciosa e ao embasamento teórico e prático dos profissionais da odontologia no tangente ao perfeito conhecimento do protocolo dos pacientes a serem atendidos, às técnicas para os procedimentos curativos e preventivos e às limitações de cada caso, concordando com a literatura (MORAES *et al.*, 2010).

A anamnese é o momento que o profissional tem a oportunidade de perceber os aspectos psicológicos que envolvem a família, os anseios e as expectativas em relação ao tratamento, além de eventuais experiências frustradas anteriores. O cirurgião dentista, além de dispensar atendimento adequado, segundo a necessidade do paciente, deve perceber e entender como a família funciona e interfere no comportamento deste (GUEDES-PINTO, 2003).

Além disso, a educação para a saúde bucal a respeito do comportamento alimentar e programa de prevenção para os pacientes com DA e seus pais ou cuidadores devem ser reforçados; a supervisão de comportamentos de saúde bucal precisa ser fortalecida (WEI *et al.*, 2012).

Rapp *et al.* em 1966, sugeriram uma grande variedade de propostas que foram apresentadas quanto à gestão de pacientes com deficiência auditiva, que foram são aceitas e utilizadas atualmente pelos profissionais e pacientes, incluindo medidas simples tais como não chamar o paciente da sala de espera utilizando exclusivamente meios verbais, e, para as crianças, usando cartazes,

brochuras e imagens para ajudar a explicar os procedimentos e pedir ao tutor permaneça em vista da criança.

Assim sendo, os dentistas precisam ser atentos à comunicação não-verbal, tais como expressões faciais, posturas e movimentos, como um meio de comunicação. Pacientes com DA pode ter uma baixa tolerância para atrasos; estes devem ser evitados com procedimentos de curta duração (COSTA e BONA, 2013).

Em uma pesquisa realizada no Reino Unido, Champion e Holt mostraram em 2000, que existe uma maior dificuldade em obter suficiente cooperação dos pacientes com DA, principalmente, em procedimentos restauradores. Eles ainda relataram que as experiências com problemas odontológicos pareciam ser comuns. Quase dois terços das crianças relataram ter dificuldades em comunicar com o dentista, sendo chamados da sala de espera ou compreender o que terá lugar durante o compromisso. Problemas eram comuns na amostra, mas os problemas na comunicação com o cirurgião-dentista, em particular, foram relatados mais frequentemente para crianças que estavam com perda auditiva profunda do que para aqueles que estavam menos severamente afetados. Estas dificuldades não são isoladas, e isso é demonstrado pelo fato de que mais de dois terços das crianças relataram ter dificuldades semelhantes em consultórios médicos.

Crianças que são capazes de usar a comunicação oral ou a leitura dos lábios precisam de um ambiente tranquilo e uma visão clara do rosto do interlocutor para maximizar a compreensão, mas quase dois terços dos entrevistados relataram que o dentista tinha usado uma máscara durante a comunicação com seu filho e mais da metade relatou que houve ruído de fundo, tais como a música ou o tráfego durante a consulta. Usar máscara pode ser uma medida para controlar a infecção cruzada, mas puxar a máscara para baixo, expondo os lábios durante a fala, permite que o paciente faça leitura labial, e pode melhorar a compreensão. Reduzir o ruído de desligar a música de fundo ou fechar as janelas é outra simples atitude que pode ajudar. Os dentistas devem rotineiramente inquirir sobre meios preferidos de comunicação. Assim, medidas simples, como a remoção de máscaras e redução do ruído podem ser suficientes. Contudo, outras técnicas especiais também devem ser usadas, quando necessárias, como a comunicação com

linguagem gestual ou a utilização da simulação para a comunicação (CHAMPION e HOLT, 2000).

REFERÊNCIAS

AMIRALIAN MLT, PINTO EB, GHIRARDI MIG, LICHTIG I, MASINI EFS, PASQUALIN L. Conceituando deficiência. **Rev Saúde Pública** 2000; 34(1):97-3.

CHAMPION J; HOLT R. Dental care for children and young people who have a hearing impairment. **British dental journal**, Agosto, 2000: 189 (3).

CHHABRA N, CHHABRA A, WALIA, G. **Prevalence of dental anxiety and fear among five- to 10-year- -old children: a behaviour-based cross-sectional study**. *Minerva Stomatologica*, 2012, 61, 83-9.

COSTA AAI; BONA AD. Atendimento odontológico de pacientes surdo-cegos: enfrentando desafios. **RFO**, Passo Fundo, jan./abr. 2013: 18 (1): 107-111.

FÁTIMA R, MORAES ABA DE, JUNIOR ALC. AMBROSANO GMB. **O Comportamento de Crianças Durante Atendimento Odontológico**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Jan-Abr 2003, Vol. 19 n. 1, pp. 059-064).

FISHER-OWENS S. Broadening Perspectives on Pediatric Oral Health Care Provision: **Social Determinants of Health and Behavioral Management**. *Pediatric Dentistry*, 36, 115-20, 2014.

GARBINO SA; STUMP P. **Conceitos de deficiência e deformidade, incapacidade e "invalidez"**. In. Opromolla, Diltor Vladimir Araújo; Baccarelli, Rosemari. *Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase*. Bauru, Instituto Lauro de Souza Lima, 2003. p.12.

GUEDES-PINTO AC. **Odontopediatria**. 7ª Ed. São Paulo: Santos; 2003.

GUIMARÃES AO, AZEVEDO ID, SOLANO MC. Medidas preventivas em odontologia para pacientes portadores de necessidades especiais. **Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebê**. 2006;9(47):79-84.

GUPTA, A, MARYA CM, BHATIA HP, DAHIYA, V. Behaviour management of an anxious child. **Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal**, 16, 3-6, 2014.

HADDAD AS. **Odontologia para pacientes portadores de necessidades especiais**. São Paulo: Santos; 2007.

LINDE K, WILLICH SN. How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. **J R Soc Med**. 2003;96:17-22.

MORAES ABA, BATISTA CG, LOMBARDO I, HORINO LE, ROLIM GS. Verbalizações de alunos de odontologia sobre a inclusão social de pessoas com deficiência. **Psicol Estud**. 2006;11(3):607-15.

MORETTO MJ; HERONDIN SM; AGUIAR CA DE; REZENDE MCRA; Reflexões sobre a importância da assistência odontológica preventiva e do adequado treinamento dos Cirurgiões-Dentistas para o atendimento de pessoas com deficiência. **Arch Health Invest** 2014; 3(3): 58-64.

NASSRI MRG, SILVA AS, YOSHIDA AT. Levantamento do perfil socioeconômico de pacientes na clínica odontológica da Universidade de Mogi das Cruzes e do tratamento ao qual foram submetidos: clínica endodôntica. **Rev Sul Bras Odontol**. 2009;6(3):272-3.

NOGUEIRA RA, CAETANO JA, PAGLIUCA LMF. Interpretação da comunicação não-verbal de um grupo de surdos. **Rev RENE**. 2000;1(1):41-5.

OLIVEIRA AAS DE. O conceito de deficiência em discussão: representações sociais de professores especializados. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, Jan.-Abr. 2004: 10(1): 59-74.

OMOTE, S. Deficiência e não-deficiência: recortes do mesmo tecido. **Revista Brasileira de Educação Especial**, 1994: 1(2): 65-73.

PAGLIUCA LMF, FIÚZA NLG, REBOUÇAS CB DE A. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(3):411-8.

PEREIRA LM; MARDERO E; FERREIRA SH; KRAMER PF; COGO RB. Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de Odontologia da ULBRA (Canoas/RS). **Stomatós**, Canoas, Jun./Dez. 2010: 16(31).

PIRES HF, ALMEIDA MAPT. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**. 2016 Jan./Jun.;5(1):68-77.

RAPP R, KANAR H L, NAGLER B A. Pedodontic care for the deaf and blind. **Dent Clin North Am** 1966; 21-34.

REBOUÇAS CB DE A. **Características da comunicação não-verbal entre o enfermeiro e o cego**. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2005.

ROLIM GS, MORAES ABA, CÉSAR J, COSTA ALJ. **Análise de comportamentos do odontólogo no contexto de atendimento infantil**. Estudos de Psicologia, 9(3), 533-541, 2004.

ROSA CG, BARBOSA MA, BACHION MM. Comunicação da equipe de enfermagem com deficientes auditivos com surdez severa: um estudo exploratório. **Rev Eletrônica Enferm**. 2000 ;2(3):p 10.

SAMPAIO RF, MANCINI MC, **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007.

STEFANELLI MC, CARVALHO EC. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole; 2005.

TOLEDO AO. Odontopediatria – **Fundamentos para a prática clínica**. 3ª Ed. São Paulo: Editorial Premier; 2005.

WEI H, WANG YL, CONG XN, TANG WQ, WEI PM. Survey and analysis of dental caries in students at a deaf-mute high school. **Res Dev Disabil** 2012;33:1279-86.

WRIGHT GZ, KUPIETZKY A. Non-Pharmacologic Approaches in Behavior Management. In G. Z. Wright, & A. Kupietzky (Orgs.), Behavior management in dentistry for children (pp. 63-69). **Oxford: Ed. John Wiley & Sons**, Inc. 2014.

World Health Organization. Disabilities. Disponível em: <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>. Acesso em 02 de maio de 2016 às 08:42 horas.

World Health Organization. Visual impairment and blindness. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/index.html>. Acesso em 02 de maio de 2016, as 12:27 horas.

3 ARTIGO

**REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE MANEJO DO COMPORTAMENTO PARA
O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM DEFICIÊNCIA
AUDITIVA.**

**SYSTEMATIC REVIEW ON BEHAVIOR MANAGEMENT FOR DENTAL
CARE FOR PATIENTS WITH HEARING IMPAIRMENT.**

Flavia Riccelli Lima de Farias, Aluna de graduação do Curso de Odontologia, Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil.

Renata Andrea Salvitti de Sá Rocha, Professora Doutora do Curso de Odontologia, Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil.

Wanessa Arhiel Rodrigues de Lima, Aluna de graduação do Curso de Odontologia, Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil.

Endereço para correspondência

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG / Centro de Saúde e Tecnologia Rural - CSTR

Avenida Universitária S/N - Bairro Santa Cecília - Cx Postal 61 - Patos/PB CEP:
58708-110

Telefone: (83) 3511-3000

E-mail: renata.rocha@ufcg.edu.br

RESUMO

OBJETIVO: Descrever estratégias de manejo do comportamento para o atendimento odontológico de pacientes com deficiência auditiva por meio de uma revisão sistemática da literatura. **REVISÃO DA LITETARURA:** As bases de dados consultadas foram Pubmed, Medline, LILACS, SCIELO, Google Acadêmico e o Periódicos CAPES, com as palavras-chave “manejo do comportamento” “cuidados odontológicos” “deficiência auditiva” “surdez” “dental care” “hearing-impaired” “deaf”. Foram incluídos os artigos de todas as línguas, dos últimos 10 anos aos quais houvesse acesso integral do artigo. Foram selecionados 5 artigos (4 do Google Acadêmico e 1 do LILACS). As estratégias de manejo do comportamento encontradas consistiram em: exploração dos sentidos do tato, visão e paladar, capacitação aos cirurgiões-dentistas para utilização da Língua de Sinais ou presença de intérpretes, utilização de viseiras transparentes, uso de material pictórico; utilização de brinquedo feito manualmente, inclusão dos responsáveis nas orientações, realização de consultas rápidas; diminuição de sons no ambiente; não realização de movimentos bruscos, remoção do aparelho auditivo, e em caso de não-colaboração: uso de medicamentos ou estabilização dos pacientes, uso e dispositivos para abertura bucal, e anestesia geral. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Existem poucas recomendações na literatura quanto ao manejo do comportamento no atendimento odontológico de pacientes com DA. Há necessidade, portanto, da realização de pesquisas em condições controladas, para prover evidências científicas que apoiem as recomendações clínicas existentes, além da necessidade de desenvolver programas de ensino de estratégias de manejo do comportamento do paciente com DA para promover habilidades ao cirurgião-dentista.

Palavras-chave: surdez. manejo. comportamento. cuidados odontológicos, deficiência auditiva.

ABSTRACT

AIM: to describe behavior management strategies for the dental care for patients with hearing loss through a systematic review of the literature. **LITETARURE REVIEW:** the databases consulted were Medline, Pubmed, LILACS, SCIELO, Google Scholar and the CAPES Journals, with the keywords "behavior management" "dental care" "hearing" "deafness" "dental care" "hearing-impaired" "deaf". Articles in English and Portuguese, from the last 10 years for which there was full access article were included. Five articles were selected (Google Scholar 1 and 4 of the LILACS). Behavior management strategies found consisted of: exploration of the senses of touch, sight and taste, training to dentists for use of or presence of sign language interpreters, use of transparent visors, pictorial material; use of handmade toy, inclusion of the guidelines, quick consultations; decrease of sounds in the environment; not performing sudden movements, removal of the hearing aid, and in case of non-cooperation: use of medicine or patient stabilization , devices for oral opening, and general anesthesia. **FINAL CONSIDERATIONS:** there are few recommendations in the literature regarding behavior management in the dental care of the patients. There is a need, therefore, carrying out research in controlled conditions, to provide scientific evidence to support the recommendations of existing clinics, in addition to the need to develop teaching programs of management strategies of patient behavior to promote skills to the dentist.

Keywords: deafness. management. behavior. dental care, hearing.

INTRODUÇÃO

Em 2001, com a Resolução 22/2001 do Conselho Federal de Odontologia (CFO)¹, foi homologada, como especialidade, a Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, que objetiva a capacitação de profissionais e reconhecimento do paciente quanto a sua integridade física, intelectual, sensorial, orgânica, social e/ou comportamental. Dentre esses pacientes considerados "especiais", encontram-se os deficientes sensoriais, bem como os deficientes auditivos².

A deficiência auditiva (DA) é a ausência, perda ou diminuição considerável do sentido da audição. A perda auditiva é um déficit sensorial muito comum e causa grande desvantagem de comunicação³.

A deficiência auditiva provoca consequências no desenvolvimento infantil que irão depender do grau e do período de surgimento. Conforme o Bureau International of Audiophonologie (BIAP), a deficiência auditiva é classificada em leve (intervalo de 20 a 40dB), moderada (intervalo de 40 a 70dB), severa (intervalo de 70 a 90dB) e profunda (superior a 90dB)⁴.

De acordo com o grau de DA, pode variar o nível de comprometimento neuropsicomotor e agravo no desenvolvimento do paciente. É fundamental que os pais/cuidadores informem o modo de comunicação mais adequado, seus objetos de referência e seus hábitos. Certo de que não há uma regra para o tipo de comunicação a ser estabelecida com cada paciente, o profissional deverá buscar o melhor meio, a fim de obter sucesso no estabelecimento do vínculo.²

Conhecer a DA e suas peculiaridades é essencial para entender a forma com que os pacientes com DA estruturam o seu desenvolvimento e ingressam nos grupos sociais,

para com isso estabelecer um vínculo com o profissional. No entanto, é necessário que haja o conhecimento das variadas técnicas disponíveis ao cirurgião-dentista para o atendimento a estes pacientes. Para identificar pesquisas nessa área, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, que poderá, além de auxiliar na identificação e descrição de estratégias de manejo do comportamento para o atendimento odontológico de pacientes com deficiência auditiva, contribuir para indicar novos rumos para futuras investigações.

METODOLOGIA

4.1 MATERIAL E MÉTODO

A pesquisa bibliográfica foi realizada utilizando seis bancos de dados (SciELO, Google Acadêmico, PubMed, MEDLINE, LILACS, Periódicos CAPES), no período de maio a setembro de 2016.

Os critérios de inclusão foram: presença dos descritores, consultado pela a lista de “Descritores em Ciências da Saúde – DeCS”, elaborada pela Bireme: “manejo” “comportamento”, “cuidados odontológicos”, “deficiência auditiva”, “surdez”, tanto em português quanto o correspondente em inglês (“behavior management”, “dental care”, “hearing-impaired”, “deafness”), no título ou resumo, trabalhos com data de 1 de Janeiro de 2001 a 1 de setembro de 2016; artigos de revisão ou experimentais passíveis de serem obtidos completos *on-line*. Artigos em português e inglês foram considerados.

Os critérios de exclusão foram: síndromes ou anomalias com deficiência auditiva associada, legislação e ética, livros, sites, capítulos de livro, temas que fogem do âmbito odontológico, artigos não íntegros ou não passíveis de serem obtidos *on-line*, ou referências cruzadas.

Após a pesquisa, todos os artigos passaram por uma revisão e foram excluídos estudos que não atenderam aos critérios de seleção, e um total de 05 artigos foram selecionados. Seus títulos e resumos foram selecionados de forma independente por dois revisores, e o índice de concordância foi de 97%.

Os artigos selecionados foram lidos na íntegra, e alguns dados foram selecionados para a construção de uma tabela que foi utilizada para análise. Os dados coletados foram: nome do primeiro autor, ano, título do artigo, desenho do estudo, população, número da amostra, nacionalidade da amostra, intervenção e desfecho.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as bases de dados utilizadas, e o número de artigos encontrados e selecionados.

TABELA 1: Bases de dados, número de artigos encontrados e selecionados.

BASE DE DADOS	ARTIGOS ENCONTRADOS	ARTIGOS SELECIONADOS
SCIELO	0	0
GOOGLE ACADÊMICO	488	4
PUBMED	13	0
MEDLINE	18	0
LILACS	2	1
PERIÓDICOS CAPES	5	0

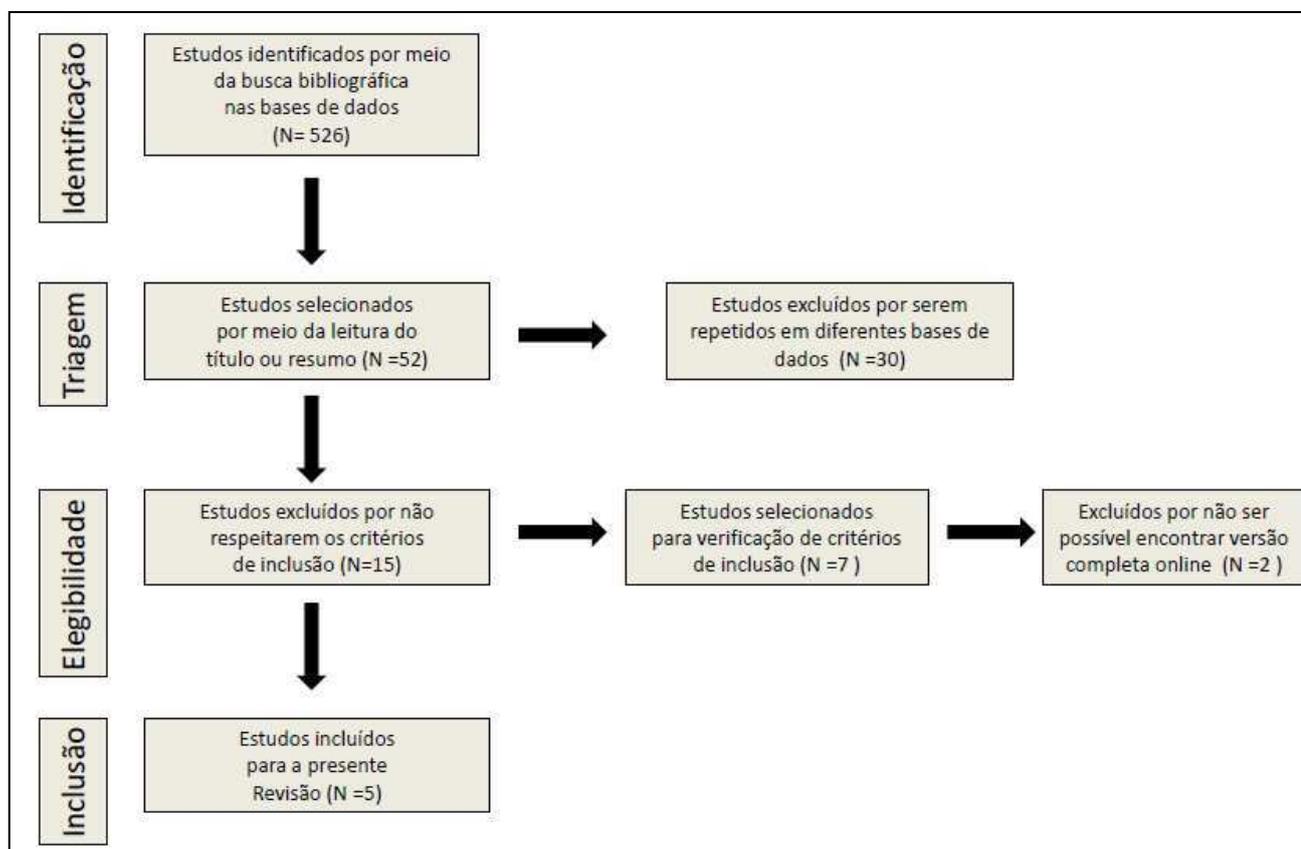
ESQUEMA 1: Fluxograma da presente revisão.

TABELA 2: Descrição dos artigos selecionados: nome do primeiro autor, ano, nacionalidade da amostra, título do artigo, desenho do estudo, população, número da amostra, intervenção e desfecho.

NOME DO PRIMEIRO AUTOR	ANO	NACIONALIDADE DA AMOSTRA	TITULO DO ARTIGO	DESENHO DO ESTUDO	POPULAÇÃO	NÚMERO DA AMOSTRA	INTERVENÇÃO	DESFECHO
Inês Beatriz da Silva Rath ⁵	2002	Brasil	Atendimento odontológico de crianças com deficiência auditiva	Observacional	Deficientes Auditivos	Não se aplica	Os sentidos do tato, visão e paladar deverão ser explorados; Uso de material pictórico; Os responsáveis devem ser incluídos nas orientações; Não-colaboração: Estabilização do paciente.	Não se aplica
Antônio Augusto Iponema Costa ²	2013	Brasil	Atendimento odontológico de pacientes surdo-cegos: enfrentando desafios	Observacional	Deficientes Auditivos	Não se aplica	Consultas rápidas; Diminuir sons no ambiente; Os sentidos de tato, visão e paladar devem ser explorados; Evitar movimentos bruscos e instrumentos que liberem resíduos; Os responsáveis devem ser incluídos nas orientações; Remoção do aparelho auditivo se houver; Não colaboração: Uso de medicamentos ou Estabilização dos pacientes e dispositivos para abertura bucal.	Não se aplica
Ana Paula Paiva de Andrade ⁶	2015	Brasil	Pacientes portadores de necessidades especiais: abordagem odontológica e anestesia geral	Observacional	Pacientes com Necessidade Especiais	Não se aplica	Atendimentos curtos; utilização de viseiras transparentes.	Não se aplica
Claudio José Amante ⁷	2008	Brasil	O brinquedo como recurso mediador para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais	Experimental	Pacientes com Necessidade Especiais	25 Famílias	Simulação de atendimento odontológico com brinquedo feito manualmente. Os responsáveis devem ser incluídos nas orientações; Não Colaboração: Anestesia geral.	Sucesso no atendimento
Maria Cristina da Silva ⁸	2015	Brasil	Acessibilidade no tratamento odontológico do paciente surdo	Experimental	Deficientes Auditivos	28 sujeitos	Capacitação aos cirurgiões-dentistas; Utilização da Língua de Sinais ou intérpretes.	Não se aplica

Foram encontrados 526 artigos, sendo 488 no Google Acadêmico, 13 no PubMed, 18 no MedLine, 2 no LILACS e 5 no Periódicos CAPES. Retiradas as referências cruzadas redundantes, constantes em mais de uma base, foram selecionados 5 artigos (4 do Google Acadêmico e 1 do LILACS) . Os artigos não aceitos para esta revisão foram 521 (n = 521, 484 do Google Acadêmico, 13 do PubMed, 18 do MedLine, 1 do LILACS e 5 do Periódicos CAPES) pelos seguintes fatores: não foi possível obter a versão completa (2 do PubMed), e fugiram dos critérios de inclusão (n= 519, 484 do Google Acadêmico, 11 do PubMed, 18 do MedLine, 1 do LILACS e 5 do Periódicos CAPES). No Scielo mesmo utilizando de forma variada as palavras-chaves, tanto em português como em inglês, nada fora encontrado.

Todos os artigos encontrados foram Brasileiros, 3 revisão de literatura e 2 experimentais. Os autores Costa e Bona² (2013), Rath⁵ (2002) e Amante⁷ (2008) optaram pela população de crianças; Já Silva e Rodrigues⁸ (2015) optaram por estudar adolescentes, adultos e idosos, e Andrade e Eleutério⁶ (2015), investigaram famílias. Sobre as intervenções propostas os autores Costa e Bona² (2013), Andrade e Eleutério⁶ (2015), concordaram que para um bom atendimento odontológico as consultas deveriam ser de curta duração.

Os estudos de Rath⁵ (2002) e Costa e Bona² (2013), concordaram que o sentido de tato, visão e paladar devem ser explorados, e em caso de não-colaboração, o método de estabilização do paciente deve ser empregado. Amante⁷ (2008), descreveu a intervenção com um brinquedo feito manualmente em seu estudo, e em caso de não-colaboração, o atendimento seria realizado sob anestesia geral. Silva e Rodrigues⁸ (2015) pela utilização da Língua de Sinais ou presença de intérpretes. Andrade e Eleutério⁶ (2015) citaram a utilização de viseiras transparentes, para facilitar a leitura labial. Costa e Bona² (2013) adicionaram que durante o atendimento ocorresse a

diminuição do barulho no ambiente, remoção dos aparelhos auditivos, se houver, e evitar movimentos bruscos. Rath⁵ (2002) também acrescentou o uso de material pictórico para um bom desenvolvimento do atendimento.

Costa e Bona² (2013), Rath⁵ (2002) e Amante⁷ (2008), concordam que os pais/responsáveis devem ser envolvidos no atendimento.

Em caso de não-colaboração, foram encontrados o uso de medicamentos ou estabilização dos pacientes, uso e dispositivos para abertura bucal^{2,5}, e anestesia geral⁷.

DISCUSSÃO

Foram encontrados 3 artigos de revisão de literatura (Rath⁵, 2002, Costa e Bona², 2013, Andrade e Eleutério⁶, 2015) e 2 artigos experimentais (Amante⁷, 2008, Silva e Rodrigues⁸, 2015).

No estudo de Amante⁷ (2008), foi utilizado uma amostra de 25 famílias, no experimento foi desenvolvido um modelo de boneco, para atender melhor as necessidades diárias de uma clínica odontológica. Em uma caixa de sapato de papelão foi fixado em um dos lados do eixo maior, um pote de margarina, criando assim uma cabeça; quatro copos médios descartáveis de plástico foram distribuídos ordenadamente ao redor da caixa de papelão para formar os braços e as pernas. Na tampa do pote de margarina foi feita uma abertura em meia lua, criando assim, uma boca; dentes artificiais de resina foram fixados com cera e, desta forma, foi criado um ambiente mais próximo da realidade. A cabeça construída com pote plástico armazenaria a água produzida pelos instrumentos rotatórios de alta rotação e da seringa tríplice, proporcionando ainda, a utilização do ejetor de saliva e a prática de outras técnicas odontológicas. No primeiro momento, o boneco acima descrito fora montado pelas pessoas com necessidades especiais, auxiliadas pelos seus responsáveis e pelos

acadêmicos participantes da pesquisa. Após a confecção, estes seguiam para o atendimento e em forma de brincadeira, o paciente especial assumia a função de um cirurgião-dentista, interagindo com os equipamentos, vivenciando os instrumentais odontológicos e aplicando rotinas clínicas, tais como, o exame clínico odontológico, a profilaxia dental, o uso de selantes e outras rotinas, conforme a sua interação e sua possibilidade individual, portanto, após estas etapas ocorria o atendimento odontológico aos pacientes especiais, onde apenas um paciente não colaborou mesmo com a técnica empregada⁷.

Já Silva e Rodrigues⁸ (2015) em sua pesquisa utilizou 25 sujeitos, onde 23 eram cirurgiões-dentistas (CD) e 5 pessoas com DA, que tiveram como critérios de inclusão a pacientes com DA, apresentar surdez; frequentar o consultório odontológico pelo menos uma vez por ano; não apresentarem outro tipo de deficiência física ou mental; ter no mínimo 12 anos de idade e aceitarem participar da pesquisa. Para coletar os dados foram utilizados questionários estruturados, construídos pelo autor do estudo supracitado. No estudo as variáveis investigadas foram comuns aos dois questionários, basearam-se em dimensões da acessibilidade que influenciam no acesso da prestação de serviços odontológicos. Dentre as perguntas, havia apenas um relacionada ao manejo do comportamento do paciente, que envolvia a comunicação em Libras, utilizando interprete.

Apesar de ambos os trabalhos (Amante⁷, 2008; Silva e Rodrigues⁸, 2015) serem experimentais, devido a grande diferença de objetivos e metodologia, não foi possível equipará-los numericamente para fins de análise nesta revisão.

Com relação aos estudos de revisão (Rath⁵, 2002; Costa e Bona², 2013; Andrade e Eleutério⁶, 2015) estratégias de comunicação foram descritas nos trabalhos encontrados, no entanto não são resultado de estudos experimentais controlados.

Um paciente com DA em uma clínica odontológica depara-se com várias situações que interferem na qualidade do processo de comunicação. Uma das dificuldades é expressar o que sente e compreender o que o cirurgião-dentista tenta comunicar⁹.

A comunicação bem sucedida com o paciente depende das características dos indivíduos envolvidos e do ambiente em que ocorre a diálogo. O conhecimento de algumas diretrizes gerais ajuda a aperfeiçoar a conversação. A estratégia de comunicação com um paciente com DA depende da educação do paciente, idade e idioma principal. No entanto, para que haja uma boa entendimento com pessoas que possuem perda auditiva, faz-se necessário ter a capacidade de adaptar-se a diferentes situações¹⁰.

Foi verificado que Rath.5 (2002) e, Costa e Bona2 (2013) concordam que o atendimento deve ser curto, e afirmam que devido à informação limitada pela perda auditiva, há um aumento da dependência na informação visual, incluindo movimentos dos lábios, mãos e expressões faciais. Uma atenção especial a essas necessidades visuais pode melhorar a comunicação com pacientes portadores de DA.

Costa e Bona2 (2013) ainda recomendam que o barulho de fundo deve ser mantido a mínimo, uma vez que podem interferir com o capacidade de entender a fala, e que para pacientes portadores de aparelhos auditivos, os aparelhos devem ser removidos, pois os sons de alta-rotação, ultrassom e sugadores poderão gerar desconforto durante o atendimento¹¹.

Em 2002 houve a publicação de um guia de comunicação com pacientes surdos, para médicos, e algumas sugestões são úteis a qualquer atendimento em saúde, inclusive o odontológico. Este guia sugere que o rosto do profissional deve ser bem iluminado; uma fonte de luz atrás do profissional vai dificultar a comunicação, colocando o rosto

do profissional em sombras e fazendo com que o paciente não consiga observar expressões faciais e/ou faça leitura labial. Deve-se olhar diretamente para o paciente ao falar, e ter certeza de que o paciente está pronto para ver, fazendo contato visual antes de falar. Evitar esconder o rosto e os lábios com as mãos, o cabelo na face, e objetos, como canetas, prontuários e máscaras cirúrgicas. Durante o exame físico, estabelecer contato visual, mostrando, se possível, o ato que será realizado ao paciente antes de executar a ação propriamente dita, para ajudar a garantir a disponibilidade do mesmo¹⁰.

Andrade e Eleutério⁶ (2015) propôs a utilização de viseiras transparentes, desta forma, não interromperia a visão do paciente em relação ao CD, e diminuiria, assim, o risco de contaminação de ambos os sujeitos.

Rath⁵ (2002) indicou o uso de material psicotrópico, como cartazes, vídeos ou imagens que ajudam a entender o que será realizado durante o atendimento, no entanto, Amante⁷ (2008) em seu estudo utilizou um brinquedo feito manualmente que os pacientes realizavam ações no brinquedo que seriam realizados neles, posteriormente, associado com procedimentos que induzam colaboração e possibilitem o enfrentamento dos eventos aversivos inerentes a situação odontológica.

Silva e Rodrigues⁸ (2015) cita que a capacitação dos profissionais e/ou a utilização de interpretes pode ajudar com o manejo da consulta odontológica, lembrando que os pacientes não podem "ouvir" se eles não podem ver o CD ou o intérprete; consciente deste fato pode-se limitar o impacto, e com a utilização da língua brasileira de sinais a comunicação com os pacientes portadores de DA fluirá mais facilmente.

No entanto, uma criança com DA pode utilizar gestos e expressões que não pertencem à língua gestual portuguesa, mas que são entendidas universalmente, como expressões de dor, apontar o local e definir o tipo de dor. Aquele que é alfabetizado em português também pode escrever, porém, a construção gramatical é diferente. Dessa

forma, o profissional deve pacientemente tentar entender o que a criança quer expressar e, caso não entenda, não deve ter receio de admitir que não entendeu e perguntar novamente¹².

Amante.7 (2008), Costa e Bona (2013) e Rath.5 (2002) relatam em seus trabalhos que os pais/responsáveis devem participar do atendimento e serem orientados pelos cirurgiões-dentistas, já que eles desempenham um papel vital no fornecimento de educação em saúde bucal para estes pacientes.

Contudo, se todas as técnicas para um bom atendimento forem realizadas e mesmo assim ainda houver não-colaboração do paciente, Costa e Bona² (2013) assumem que é necessário em primeira mão o uso de abridores bucais com a utilização de estratégias de restrição dos movimentos do paciente ou o uso de medicamentos, com autorização dos pais/responsáveis, e Rath.5 (2002) concorda com a estabilização do paciente, feita pelo responsável. Já Amante.7 (2008) descreveu que em última instância, o procedimento deve ser realizado sob anestesia geral.

A estabilização do paciente pode ocorrer por meio do auxílio do acompanhante, de faixas, lençóis ou estabilizadores. A técnica de manejo em que o responsável segura o paciente diminui a ansiedade de ambos e, desse modo, facilita o uso da estabilização protetora, essa técnica é descrita na qual a mãe (ou o responsável) se posiciona sobre a cadeira odontológica e a criança fica deitada sobre ela, então as pernas da criança são entrelaçadas pelas pernas da mãe, que também colabora com a restrição de movimentos dos braços da criança¹³.

Existe também dispositivos como o “Papoose Board”® (Olympic Medical Corporation, Seattle, WA), que é uma prancha semiflexível com um tecido conectado, com fechamento em velcro, e o “Pediwrap”® (Clark Associates, Charlton City, MA),

que é um dispositivo que também envolve a criança, formando um tipo de “embrulho”, impedindo sua movimentação.

Entretanto, a técnica de anestesia geral deve ser empregada em ambiente hospitalar e a escolha do método de contenção química é de responsabilidade do médico anestesista devido aos problemas de saúde muitas vezes graves e por estes pacientes apresentarem risco anestésico¹⁴. Também vale salientar que a anestesia geral é contraindicada no paciente que, no dia da realização da mesma, apresentar resfriado, febre, bronquite, crise asmática ou insuficiência cardíaca descompensada e desta forma verifica-se que o profissional deve estar atento às alterações que o paciente venha a ter, para saber diagnosticar e realizar ou não a anestesia geral, já que ela promove: inconsciência, diminuição de sensibilidade dos nervos sensoriais e depressão da resposta motora reflexa, portanto, ela só deve ser empregada quando outros métodos não forem satisfatórios para a realização de procedimentos odontológicos¹⁵.

Vale ressaltar que este método não ajuda na modificação do comportamento do paciente, e um dos objetivos do atendimento ao paciente com DA é habilitá-lo a realizar, no futuro, o tratamento odontológico de maneira adequada, sem anestesia geral.

Apesar de não ter sido objeto de investigação desta revisão, é importante destacar que em um livro mais recente encontra-se a descrição da utilização de aplicativos de tradução para LIBRAS. São dispositivos que, desempenham papel importantíssimo na inclusão social dos surdos. Aplicativos como *HandTalk*, *ProDeaf* e *Rybená* tem disponibilidade gratuita, podendo ser utilizados em dispositivos móveis, e realizam traduções automáticas de palavras, termos e pequenas frases da Língua Portuguesa para Libras, por meio de um avatar animado¹⁶.

No Brasil, recentemente, também foi desenvolvido o aplicativo inédito chamado OdontoLibras com imagens, que não são estáticas, demonstrando desde o acolhimento até os detalhes do procedimento que o paciente será submetido, em vídeo traduzido em LIBRAS, o aplicativo está em fase de teste e em breve estará disponível.

Pode-se considerar que o conhecimento em odontologia destaca os aspectos técnico-clínicos e negligencia os efeitos de estratégias comportamentais em tratamentos a pacientes com DA, de rotina. Portanto, é necessário que existam mais estudos experimentais a respeito do manejo do comportamento durante o atendimento a pacientes com DA, para que o profissional possa, baseando-se em evidências científicas, planejar a intervenção psicológica a ser utilizada, que é de extrema importância para o sucesso do tratamento odontológico.

CONCLUSÃO

As estratégias de manejo do comportamento para pacientes com DA encontradas com base nos critérios de seleção deste estudo foram: exploração dos sentidos do tato, visão e paladar, capacitação aos cirurgiões-dentistas para utilização da Língua de Sinais ou presença de intérpretes, utilização de viseiras transparentes para facilitar a leitura labial, uso de material pictórico; simulação de atendimento odontológico com brinquedo feito manualmente, inclusão dos responsáveis nas orientações, realização de consultas rápidas; diminuição de sons no ambiente; não realizar movimentos bruscos, remoção do aparelho auditivo quando utilizar motores que produzem alto ruído, e em caso de não-colaboração: uso de medicamentos ou estabilização dos pacientes, uso e dispositivos para abertura bucal, e anestesia geral.

Existem, portanto, poucas recomendações na literatura quanto ao manejo do comportamento no atendimento odontológico de pacientes com DA. Há necessidade da realização de pesquisas experimentais em condições cuidadosamente controladas, para

prover evidências científicas para as recomendações clínicas existentes, além da necessidade de desenvolver programas de ensino de estratégias de manejo do comportamento do paciente com DA para desenvolver habilidades de estudantes e dentistas.

REFERÊNCIAS

1. Jung LS, Bordin R. Serviços Odontológicos oferecidos às crianças com necessidades especiais. Curso de Especialização em Saúde Pública, Porto Alegre, Rio grande do Sul, 2011.
2. Costa AAI; Bona AD. Atendimento odontológico de pacientes surdo-cegos: enfrentando desafios. RFO, Passo Fundo. jan./abr, 2013; 18 (1): 107-111.
3. Cormedi MA. Estudos sobre a Deficiência Auditiva e Surdez. Equipe Técnica de Avaliação, Revisão Linguística e Editoração. Brasília, DF, 2015.
4. Cader-nascimento FAAA, Costa MPR. Mediação pedagógica no processo de desenvolvimento da comunicação em crianças surdocegas. Temas em Psicologia da SBP. 2003; 11(2):85-96.
5. Rath IB DA S, Bosco VL, Almeida ICS, Moreira EAM. Atendimento odontológico de crianças com deficiência auditiva. Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais. Mar, 2002; 38(1): 27-33.
6. Andrade APP DE, Eleutério AS DE L. Pacientes portadores de necessidades especiais: abordagem odontológica e anestesia geral. Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro. jan./jun, 2015; 72 (1/2): 66-9.

7. Amante CJ, Ferreira AM, Lieberknecht C, Warmling A, Becker CO . O brinquedo como recurso mediador para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais. *Revista Ciências da Saúde, Florianópolis*, 2008; 27 (1): 21-26.
8. Silva MC DA, Rodrigues WE. Acessibilidade no tratamento odontológico do paciente surdo. *R. CROMG, Belo Horizonte*.jan/jun., 2015; 16 (1): 12-18.
9. Haddad AS, Ciamponi AL, Guaré RO. Pacientes Especiais. In: Guedes Pinto AS. *Odontopediatria*.7th ed. Editora Santos. 2003; 902-931.
10. Barnett, SMD. Communication with Deaf and Hard-of-hearing People: A Guide for Medical Education. *Academic medicine*. 2002; 77,7.
11. Haddad AS, Ferreira MCD. Deficiências sensoriais e de comunicação. In: Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Santos. 2007; 253-6.
12. Schonhaut LB, Farfán RTMC, Neuvonen R, Vacarisas AP. Hearing Problems in preschool children according to audiologic examination and teachers perception. *Metropolitan Region*, 2005; *Rev Chil Pediatr*. 2006; 77, 247-253.
13. Klatchoian DA, Toledo JCNOA DE. Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. *Manual de Referência*. abo-odontopediatria. 2010.
14. Silva LCP, Cruz RA. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais: protocolos para o atendimento clínico*. São Paulo: Santos. 2009.
15. Wilkins EM. *Odontologia Geral: teoria e prática*, São Paulo: Editora Rideel. 2004.
16. Corrêa Y, Vieira MC, Biasuz MCV. *Tecnologia e acessibilidade: passos em direção à inclusão escolar e sociodigital*. 2014; 4, 96-106.

ANEXO I – NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA

Normas RFO

A RFO UPF é uma publicação quadrimestral dirigida à classe odontológica que tem por objetivo disseminar e promover o intercâmbio de informações científicas, indexada nas bases de dados da BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Latindex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal), Rev@odonto e Portal de Periódicos CAPES. A RFO UPF divulga artigos inéditos de investigação científica; resumos de teses, dissertações e monografias; relatos de casos clínicos e artigos de revisão sistemática que representam contribuição efetiva para a área do conhecimento odontológico.

Os manuscritos deverão ser encaminhados somente via submissão online utilizando o website <http://www.upf.br/seer/index.php/rfo>

1–Normas

gerais

- a) Os conceitos e informações emitidos no texto são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo, necessariamente, a opinião do Conselho Editorial e Científico da revista.
- b) Todos os manuscritos serão submetidos, inicialmente, à apreciação dos Editores de Área e, se adequados à revista, serão submetidos a um Conselho Científico; posteriormente os autores serão notificados pelo editor, tanto no caso de aceitação do artigo como da necessidade de alterações e revisões ou rejeição do trabalho. Eventuais modificações na forma, estilo ou interpretação dos artigos só ocorrerão após prévia consulta e aprovação por parte do(s) autor(es).
- c) A correção das provas tipográficas estará a cargo dos autores.
- d) Cada trabalho publicado dará direito a um exemplar impresso da revista. Por solicitação do(s) autor(es) poderão ser fornecidos exemplares adicionais, sendo-lhes levado a débito o respectivo acréscimo.
- e) Serão aceitos para revisão manuscritos com, no máximo, seis autores.

2–

Apresentação

dos

originais

Os artigos destinados à RFO UPF deverão ser redigidos em português ou em inglês, de acordo com o estilo dos Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Revistas Biomédicas, conhecido como Estilo de Vancouver, versão publicada em outubro de 2005, elaborada pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) e baseado no padrão ANSI, adaptado pela U.S. National Library of Medicine. O texto deverá ser digitado em fonte Times New Roman tamanho 12, papel tamanho A4, com espaço duplo e margens de 3 cm de cada lado, perfazendo um total de, no máximo, 20 páginas, incluindo tabelas, quadros, esquemas, ilustrações e respectivas

legendas. As páginas deverão ser numeradas com algarismos arábicos no ângulo superior direito da folha. O título do artigo (em português e em inglês), assim como os subtítulos que o compõem deverão ser impressos em negrito. Deverão ser grafadas em itálico palavras e abreviaturas escritas em outra língua que não a portuguesa, como o latim (ex: *in vitro*) e o inglês (ex: *single bond*). As grandezas, unidades, símbolos e abreviaturas devem obedecer às normas internacionais ou, na ausência dessas, às normas nacionais correspondentes.

Qualquer trabalho que envolva estudo com seres humanos, incluindo-se órgãos e/ou tecidos separadamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, deverá estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, e ser acompanhado da aprovação de uma Comissão de Ética em Pesquisa. Não devem ser utilizados no material ilustrativo nomes ou iniciais dos pacientes, tampouco registros hospitalares. Nos experimentos com animais, devem ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidados dos animais de laboratório, e o estudo deve ser acompanhado da aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA).

No caso de trabalhos aceitos para publicação totalmente em inglês, correrá por conta dos autores o custo de revisão gramatical, com tradutor indicado pela Coordenação de Editoração do periódico. O custo da revisão gramatical da língua inglesa será repassado aos autores. A submissão de um manuscrito em língua inglesa à RFO-UPF implica na aceitação prévia desta condição. O mesmo é válido para a revisão gramatical dos abstracts.

2.1 – Composição dos manuscritos

Na elaboração dos manuscritos deverá ser obedecida a seguinte estrutura:

a) página de rosto:

- título do manuscrito no primeiro idioma (que deve ser conciso mas informativo);
- título do manuscrito no segundo idioma (idem ao item anterior);
- nome(s) do(s) autor(es) por extenso, com seu grau acadêmico mais alto e sua filiação institucional (se houver), departamento, cidade, estado e país;
- nome do(s) departamento(s) ou instituição(ões) aos quais o trabalho deve ser atribuído;
- o nome e o endereço do autor responsável pela correspondência sobre o original.

b) resumo e palavras-chave

O resumo deve ser estruturado e apresentar concisamente, em um único parágrafo, os objetivos do estudo ou investigação, procedimentos básicos (seleção da amostra, métodos analíticos), principais achados (dados específicos e sua significância estatística, se possível) e as principais conclusões, enfatizando aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. Não deve conter menos de 150 e mais de 250 palavras. Deve apresentar as seguintes subdivisões: objetivo, métodos, resultados e conclusão (para investigações científicas); objetivo, relato de caso e considerações finais (para relatos de caso); e objetivos, revisão de literatura e considerações finais (para revisão de literatura). Abaixo do resumo, fornecer, identificando como tal, 3 a 5 palavras-chave ou expressões que identifiquem o conteúdo do trabalho. Para a determinação destas

palavras-chave, deve-se consultar a lista de “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS”, elaborada pela Bireme, e a de “Descritores em Odontologia – DeOdonto”, elaborada pelo SDO/FOUSP.

c) abstract e keywords
Idem ao item anterior. Sua redação deve ser paralela à do resumo.

d) texto
No caso de investigações científicas, o texto propriamente dito deverá conter os seguintes capítulos: introdução, materiais e método, resultados, discussão, conclusão e agradecimentos (quando houver).

No caso de artigos de revisão sistemática e relatos de casos clínicos, pode haver flexibilidade na denominação destes capítulos.

- **Introdução:** estabelecer o objetivo do artigo e apresentar as razões para a realização do estudo. Citar somente as referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo relatado. A hipótese ou objetivo deve ser concisamente apresentada no final desta seção. Extensas revisões de literatura devem ser evitadas e substituídas por referências aos trabalhos bibliográficos mais recentes, nos quais certos aspectos e revisões já tenham sido apresentados.

- **Materiais e método:** identificar os materiais, equipamentos (entre parênteses dar o nome do fabricante, cidade, estado e país de fabricação) e procedimentos em detalhes suficientes para permitir que outros pesquisadores reproduzam os resultados. Dar referências de métodos estabelecidos, incluindo métodos estatísticos; descrever métodos novos ou substancialmente modificados, dar as razões para usá-los e avaliar as suas limitações. Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nome(s) genérico(s), dose(s) e via(s) de administração.

- **Resultados:** devem ser apresentados em seqüência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal. Não duplicar dados em gráficos e tabelas. Não repetir no texto todas as informações das tabelas e ilustrações (ênfatar ou resumir informações importantes).

- **Discussão:** deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados, e relacioná-los ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Ênfatar os aspectos novos e importantes do estudo. Não repetir em detalhes dados já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.

- **Conclusão:** deve ser associada aos objetivos propostos e justificada nos dados obtidos. A hipótese do trabalho deve ser respondida.

- **Agradecimentos:** citar auxílio técnico, financeiro e intelectual que por ventura possam ter contribuído para a execução do estudo.

- **Formas de citação no texto:**

No texto, utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados. Números seqüenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios devem ser separados por vírgula. Evitar citar os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente é permitida a citação de nomes de autores (seguidos de número-índice e ano de publicação do trabalho) quando estritamente necessário, por motivos de ênfase.

Exemplos de citação de referências bibliográficas no texto:

- “...manifesta-se como uma dor constante, embora de intensidade variável³.

- “Entre as possíveis causas da condição estão citados fatores

psicogênicos, hormonais, irritantes locais, deficiência vitamínica, fármacos
 e xerostomia^{1-4,6,9,15}.
 - 1 autor: Field⁴ (1995)...;
 - 2 autores: Feinmann e Peatfield⁵ (1995)...;
 - mais do que 2 autores: Sonis⁸ (1995)...

e) referências

As referências devem ser ordenadas no texto consecutivamente na ordem em que foram mencionadas, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors no “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” (<http://www.icmje.org>). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o “List of Journals Indexed in Index Medicus” (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências. Os sobrenomes dos autores devem ser seguidos pelos seus prenomes abreviados sem ponto ou vírgula. Usar a vírgula somente entre os nomes dos diferentes autores. Nas publicações com até seis autores, citam-se todos; nas publicações com sete ou mais autores, citam-se os seis primeiros e, em seguida, a expressão latina “et al.”. Incluir ano, volume, número (fascículo) e páginas do artigo logo após o título do periódico. Deve-se evitar a citação de comunicações pessoais, trabalhos em andamento e os não publicados; caso seja estritamente necessária sua citação, não devem ser incluídos na lista de referências, mas citados em notas de rodapé. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

Exemplos de referências:

Livro:

Netter FH. Atlas de anatomia humana. 2. ed. Porto Alegre:Artes Médicas Sul; 2000.

Livro em suporte eletrônico:

Wothersponn AC, Falzon MR, Isaacson PG. Fractures: adults and old people

[monograph on CD-ROM]. 4. ed. New York: Lippincott-Raven; 1998.

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online].

Houston: Addison Books; 1998. [cited Jan 27]. Available from: URL:

<http://www.hist.com/dentistry>.

Capítulo de livro:

Estrela C, Bammann LL. Medicação intracanal. In: Estrela C, Figueiredo JAP.

Endodontia. Princípios biológicos e mecânicos. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999.

p. 571-653.

Capítulo de livro em suporte eletrônico:

Chandler RW. Principles of internal fixation. In: Wong DS, Fuller LM. Prosthesis

[monograph on CD-ROM]. 5. ed. Philadelphia: Saunders; 1999.

Tichemor WS. Persistent sinusitis after surgery. In: Tichenor WS. Sinusitis: treatment

plan that works for asthma and allergies too [monograph online]. New York: Health On

the Net Foundation; 1996.[cited 1999 May 27]. Available from: URL:

<http://www.sinuses.com/postsurg.htm>.

Editor(es) ou compilador(es) como autor(es) de livros:

Avery JK, editor. Oral development and histology. 2. ed. New York: Thieme Medical

- Publishers; 1994.
- Organização ou sociedade como autor de livros:**
American Dental Association and American Academy of Periodontology. Introduce dentist to new time saving periodontal evaluation system. Washington: The Institute; 1992.
- Artigo de periódico:**
Barroso LS, Habitante SM, Silva FSP. Estudo comparativo do aumento da permeabilidade dentinária radicular quando da utilização do hipoclorito de sódio. *J Bras Endod* 2002; 11(3):324-30.
- McWhinney S, Brown ER, Malcolm J, VillaNueva C, Groves BM, Quaipe RA, et al. Identification of risk factors for increased cost, charges, and length of stay for cardiac patients. *Ann Thorac Surg* 2000;70(3):702-10.
- Artigo de periódico em suporte eletrônico:**
Nerallah LJ. Correção de fístulas pela técnica de bipartição vesical. *Urologia On line* [periódico online] 1998 [citado 1998 Dez 8]; 5(4):[telas]. Disponível em URL: <http://www.epm.br/cirurgia/uronline/ed0798/fistulas.htm>.
- Chagas JCM, Szejnfeld VL, Jorgetti V, Carvalho AB, Puerta EB. A densitometria e a biópsia óssea em pacientes adolescentes. *Rev Bras Ortop* [periódico em CD-ROM] 1998; 33(2).
- Artigo sem indicação de autor:**
Ethics of life and death. *World Med J* 2000; 46:65-74.
- Organização ou sociedade como autor de artigo:**
World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bull World Health Organ* 2001; 79:373-4.
- Volume com suplemento:**
Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.
- Fascículo sem indicação de volume:**
Graf R. Hip sonography: how reliable? Dynamic versus static examination. *Clin Orthop* 1992; (218):18-21.
- Sem volume ou fascículo:**
Brown WV. The benefit of aggressive lipid lowering. *J Clin Practice* 2000:344-57.
- Clement J, de Bock R. Hematological complications [abstract]. *Quintessence Int* 1999; 46:1277.
- Errata:
White P. Doctors and nurses. Let's celebrate the difference between doctors and nurses. [published erratum in *Br Med J* 2000;321(7264):835]. *Br Med J* 2000; 321(7262):698.
- Artigo citado por outros autores – apud:**
O'Reilly M, Yanniello GJ. Mandibular growth changes and maturation of cervical vertebrae. A longitudinal cephalometric study (1988) apud Mito T, Sato K, Mitani H. Predicting mandibular growth potential with cervical vertebral bone age. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003; 124(2):173-7.
- Dissertações e Teses:**
Araújo TSS. Estudo comparativo entre dois métodos de estimativa da maturação óssea [Dissertação de Mestrado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Unicamp; 2001.
- Dissertações e teses em suporte eletrônico:**
Ballester RY. Efeito de tratamentos térmicos sobre a morfologia das partículas de pó e curvas de resistência ao CREEP em função do conteúdo de mercúrio, em quatro ligas comerciais para amálgama [Tese em CD-ROM]. São Paulo: Faculdade de Odontologia

da USP; 1993.
Trabalho apresentado em evento:
 Cericato GO, Cechinato F, Moro G, Woitchunas FE, Cechetti D, Damian MF. Validade do método das vértebras cervicais para a determinação do surto de Crescimento Puberal. In: 22ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica: 2005; Águas de Lindóia. Anais. Brazilian Oral Research; 2005. p.63
Trabalho de evento em suporte eletrônico:
 Gomes SLR. Novos modos de conhecer: os recursos da Internet para uso das Bibliotecas Universitárias [CD-ROM]. In: 10º Seminário Nacional de Bibliotecas Universitárias; 1998 Out 25-30; Fortaleza. Anais. Fortaleza: Tec Treina; 1998.
 Barata RB. Epidemiologia no século XXI: perspectivas para o Brasil. In: 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia [online]; 1998 Ago 1-5; Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: ABRASCO;1998 [citado 1999 Jan 17]. Disponível em URL: <http://www.abrasco.com.br/epirio98/>.

Documentos legais:
 Brasil. Portaria n. 110, de 10 de março de 1997. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 18 mar 1997, seção 1, p. 5332.

f) tabelas, quadros, esquemas e gráficos
 Devem ser inseridos ao longo do texto, logo após sua citação no mesmo. Devem ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos. As legendas das tabelas e dos quadros devem ser colocadas na parte superior dos mesmos e quando for necessário, incluir logo abaixo destes uma listagem dos símbolos, abreviaturas e outras informações que facilitem sua interpretação. As legendas de esquemas e gráficos devem ser colocadas na parte inferior dos mesmos. Todas as tabelas e todos os quadros, esquemas e gráficos, sem exceção, devem ser citados no corpo do texto. Obs.: Os gráficos deverão ser considerados como “figuras” e constar da seqüência numérica juntamente com as imagens.

g) imagens (fotografias, radiografias e microfotografias)
 Imagens digitais deverão ser submetidas em tamanho e resolução adequados (300 dpi). Não serão aceitas imagens digitais artificialmente “aumentadas” em programas computacionais de edição de imagens. A publicação de imagens coloridas é de opção dos autores que devem manifestar seu interesse caso o manuscrito seja aceito para publicação. O custo adicional da publicação das imagens coloridas é de responsabilidade do(s) autor(es). Todas as imagens, sem exceção, devem ser citadas no texto. As microfotografias deverão apresentar escala apropriada. Poderão ser submetidas um máximo de oito imagens, desde que sejam necessárias para a compreensão do assunto.

TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

A submissão dos originais à REV/FO implica transferência dos direitos autorais da publicação impressa e digital.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB)
3. O texto está em espaço duplo; usa uma fonte de 12-pontos; com figuras e tabelas inseridas no corpo do texto, e não em seu final.
4. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.
5. Comprovante do registro do protocolo de pesquisa em seres humanos no SISNEP (Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa) ou documento equivalente, quando cabível. Para casos clínicos, cópia do termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo paciente ou responsável legal.

Declaração de Direito Autoral

A submissão dos originais à Revista da Faculdade de Odontologia da UPF implica transferência dos direitos autorais da publicação impressa e digital.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.