

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

**KÉSIA PRISCILA ALVES NEVES**

**HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA  
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Juiz de Fora

2023

**KÉSIA PRISCILA ALVES NEVES**

**HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A  
PACIENTES COM DEFICIÊNCIAS**

Monografia apresentada à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

**Orientadora: Prof<sup>fa</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gracieli Prado Elias**

Juiz de Fora

2023





UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
REITORIA - FACODONTO - Coordenação do Curso de Odontologia

**KESIA PRISCILA ALVES NEVES**

**Humanização do atendimento odontológico para pessoas com deficiência**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Aprovada em 04 de agosto de 2023.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Gracieli Prado Elias

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Elton Geraldo de Oliveira Góis

Universidade Federal de Juiz de Fora



KÉSIA PRISCILA ALVES NEVES

Humanização do atendimento odontológico a  
pacientes com deficiências / KÉSIA PRISCILA ALVES  
NEVES. -- 2023.

51f

Orientadora: Gracieli Prado Elias  
Trabalho de Conclusão de Curso  
(graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Faculdade de Odontologia, 2023.

1. Ansiedade ao Tratamento Odontológico. 2.  
Medo. 3. Odontologia. 4. Humanização da  
Assistência. 5. Acolhimento.. I. Elias, Gracieli Prado ,  
orient. II. Título.

Dedico esse trabalho a minha família,  
por não medirem esforços para que eu  
pudesse vencer essa etapa, que sempre  
acreditaram em mim, obrigada pelo apoio  
incondicional

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pois foi ele quem me guiou, me protegeu e me deu forças para chegar até aqui.

Agradeço também aos meus pais, seres maravilhosos, por não medirem esforços para que eu pudesse vencer essa etapa, que sempre acreditaram em mim, obrigada pelo apoio incondicional, parceria e incentivo.

Agradeço em especial a minha mãe, Lia, um exemplo de guerreira incansável sempre sendo meu alicerce, dedicando-se a minha felicidade como se fosse sua.

A minha querida irmã, Karen, que é sempre muito presente em minha vida, sou grata pelo apoio, amizade e por me completar como pessoa.

Gratidão ao meu marido, Guilherme, pelo companheirismo, incentivo, sua

parceria foi crucial para que chegasse até aqui.

A minha avó, pelos bons conselhos, exemplos e encorajamento. As minhas tias e tios pelo carinho, acolhimento e torcida. Aos meus primos, que tanto amo e compartilho essa vitória.

Aos meus sogros Fernanda e Josias nunca esquecerei de tudo que fizeram por mim, a família que ganhei, que torceram e oraram por mim, muito obrigada.

Agradeço também, as pessoas que conheci devido a faculdade, que inicialmente, eram apenas colegas de classe, porém, o tempo me mostrou que essas pessoas eram presentes de Deus em minha vida, que Ele, em sua infinita sabedoria colocou em meu caminho para deixar minha trajetória mais leve. Em especial minhas amigas Carol e Amanda, por se tornarem minha família em Juiz de Fora, vocês sempre seguraram a minha mão, cederam seus ombros em momentos de dificuldade, serei sempre grata à vocês.

Agradeço aos meus professores, em especial a minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Gracieli Prado Elias por compartilhar seu conhecimento comigo, por sempre demonstrar empatia, e me ensinar que um bom profissional é aquele que além de se dedicar, dar o seu melhor e procurar aperfeiçoamento, se importa com seus pacientes tendo uma visão humana sobre cada caso.

Agradeço, também, aos meus pacientes, por confiarem em mim, sendo essenciais para o meu aprendizado, cada vivência auxiliou não somente em meu crescimento profissional, mas em meu crescimento pessoal.

E por último e mais importante ao meu filho Henrique, a maior benção na minha vida, você faz com que transcenda em mim o melhor, ser melhor para e por você. Eu te agradeço por me ensinar tanto sobre força mas principalmente sobre o amor mais puro. Essa vitória é por você meu amado Henrique!





“Todas as vossas coisas sejam feitas com amor.” (1 Coríntios 16:14)

KÉSIA PRISCILA ALVES NEVES. Humanização do atendimento odontológico a pacientes com deficiências Juiz de Fora (MG), 2023. 51f. Monografia (Curso de Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora.

## **RESUMO**

A humanização nos serviços de saúde é um conceito que visa colocar o ser humano no centro do cuidado priorizando sua dignidade, autonomia e bem-estar. É uma abordagem que reconhece a importância das relações interpessoais, da empatia e da compaixão no contexto da prestação de cuidados de saúde. Um paciente com necessidades especiais, é definido como uma pessoa que possui uma condição específica que requer cuidados especiais durante uma parte de sua vida ou durante

toda ela. Ao compreender as particularidades e os desafios que os pacientes com necessidades especiais enfrentam, os dentistas podem adaptar suas práticas e comunicação para criar um ambiente acolhedor e de confiança. Essa abordagem empática ajuda o paciente a se sentir mais seguro, confiante e menos ansioso durante os procedimentos odontológicos. Outro ponto importante é que o atendimento humanizado ajuda a construir relações de confiança entre os pacientes, sua família e o dentista. As pessoas com deficiência tem direito às mesmas oportunidades dos demais, obtendo acesso amplo aos atendimentos e serviços de saúde. As técnicas e as abordagens de tratamento em portadores de deficiência incluem o acolhimento, o envolvimento familiar, o condicionamento comportamental e o suporte psicológico. Para que o atendimento odontológico humanizado seja eficaz para pacientes com necessidades especiais, é fundamental que os profissionais de saúde recebam treinamento adequado e contínuo para abordar questões de empatia, comunicação, acessibilidade e personalização de procedimentos. É importante que as instalações e equipamentos sejam projetados para garantir acesso a todos os pacientes. Destaca-se também a importância de uma equipe multidisciplinar, formada por um grupo de profissionais dedicados a propiciar esse tratamento eficaz e humanizado. Foram revisados estudos publicados entre 2002 e 2021 nas bases de dados PubMed, LILACS, BIREME e SCIELO. Após análise cuidadosa das evidências referenciadas, 74 artigos foram classificados nesta revisão da literatura. O atendimento odontológico humanizado para pacientes com necessidades especiais envolve procedimentos preventivos relacionados aos problemas básicos enfrentados no cotidiano do portador de necessidades especiais, sendo essencial para melhorar a higiene bucal e a qualidade de vida desses indivíduos. Ao praticar a empatia, a personalização e a inclusão, os profissionais da odontologia podem desempenhar um papel importante na melhoria da saúde e bem-estar desses pacientes, contribuindo assim para uma sociedade mais justa e inclusiva.

Palavras-chave: Ansiedade ao Tratamento Odontológico, Medo, Humanização da Assistência, Odontologia, Acolhimento e Pessoas com Deficiência

KÉSIA PRISCILA ALVES NEVES. Humanização do atendimento odontológico a pacientes com deficiências Juiz de Fora (MG), 2023. 46f. Monografia (Curso de Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora.

## **ABSTRACT**

Humanization in health services is a concept that aims to place human beings at the center of care, prioritizing their dignity, autonomy and well-being. It is an approach that recognizes the importance of interpersonal relationships, empathy and compassion in the context of health care delivery. A patient with special needs is defined as a person who has a specific condition that requires special care during part or all of their life. By understanding the uniqueness and challenges that patients with special needs face, dentists can adapt their practices and communication to create a welcoming and

trusting environment. This empathetic approach helps the patient feel safer, more confident and less anxious during dental procedures. Another important point is that humanized care helps build relationships of trust between patients, their families and the dentist. Persons with disabilities are entitled to the same opportunities as others, obtaining broad access to health care and services. Techniques and treatment approaches for people with disabilities include welcoming, family involvement, behavioral conditioning and psychological support. For humanized dental care to be effective for patients with special needs, it is essential that health professionals receive adequate and continuous training to address issues of empathy, communication, accessibility and personalization of procedures. It is important that facilities and equipment are designed to ensure access for all patients. Also noteworthy is the importance of a multidisciplinary team, formed by a group of professionals dedicated to providing this effective and humanized treatment. Studies published between 2002 and 2021 in PubMed, LILACS, BIREME and SCIELO databases were reviewed. After careful analysis of the referenced evidence, 74 articles were classified in this literature review. Humanized dental care for patients with special needs involves preventive procedures related to the basic problems faced in the daily life of people with special needs, being essential to improve oral hygiene and quality of life for these individuals. By practicing empathy, personalization and inclusion, dental professionals can play an important role in improving the health and well-being of these patients, thus contributing to a fairer and more inclusive society.

*Keywords: Dental Treatment Anxiety, Fear, Humanization of Care, Dentistry, Welcoming and Disabled Persons*

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

Bireme	Biblioteca Regional de Medicina
Caoe	Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência
CD	Cirurgião Dentista
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de saúde da família
MS	Ministério da saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PcD	Pessoa com Deficiência
PNE	Portador de necessidades especiais

PNH Política Nacional de Humanização  
Prodonto Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Pró-Saúde Programa Nacional de Reorientação da Educação Profissional em Saúde  
Pubmed Serviço da U. S. National Library of Medicine (NLM)  
SciELO Scientific Electronic Library Online  
SUS Sistema Único de Saúde  
UFJF Universidade Federal de Juiz de Fora  
UFPA Universidade Federal do Pará  
UFS Universidade Federal de Sergipe  
UNESP Universidade Estadual Paulista

## SUMÁRIO

**1 INTRODUÇÃO ..... 15**

<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>19</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>20</b>
<b>4 REVISÃO DISCUTIDA DA LITERATURA .....</b>	<b>21</b>
<b>4.1 Humanização em Saúde .....</b>	<b>21</b>
<b>4.2 Humanização no contexto da Odontologia .....</b>	<b>25</b>
<b>4.3 Humanização no Atendimento de Pacientes Deficientes. ....</b>	<b>32</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>45</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O conceito de humanização em saúde surgiu como uma resposta às críticas e insatisfações em relação à forma como os serviços de saúde eram prestados, principalmente nas décadas de 1960 e 1970. Nesse período, ocorreram movimentos sociais e mudanças nas concepções sobre saúde e cuidado que influenciaram a necessidade de repensar a relação entre profissionais de saúde e pacientes (FORTES, 2004)

Assim, no final da década de 1980, sobrevém a necessidade de mudança visando uma organização e um funcionamento do sistema de saúde não somente focado na doença e na biomedicina, mas também nas necessidades emocionais, sociais e subjetivas dos pacientes. Dessa forma, emergem, principalmente no Brasil, iniciativas e movimentos de reforma sanitária que buscam superar o modelo anteriormente centrado no hospital e na medicalização, buscando uma atenção integral à saúde. Ao longo dos anos, essas preocupações e demandas resultaram no desenvolvimento de políticas, diretrizes e práticas com intuito de humanizar os serviços de saúde (FORTES, 2004)

Nesse âmbito, há de se destacar um marco histórico importante para a humanização em saúde: A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Elaborada em 1988 durante o I Encontro Nacional de Movimentos Populares de Saúde, realizado em Brasília (BRASIL, 1988). Essa carta trouxe uma série de direitos e princípios que deveriam nortear a relação entre usuários e profissionais de saúde, enfatizando a importância da humanização e da participação dos pacientes no processo de cuidado. Pode-se dizer que a humanização da assistência à saúde tem seu fundamento central na Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU 9, 1948), a luz do artigo primeiro:

*“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Dotados de razão e consciência, eles devem tratar uns aos outros em espírito fraterno.”*

Em 1990 foram incorporados no setor de saúde do Brasil os conceitos de qualidade, equidade, satisfação e autonomia do usuário, surgindo assim, o Sistema Único de Saúde (SUS). Em meio à luta pela redemocratização nacional para melhoria

da qualidade da assistência, o SUS objetivava a mudança no quadro de disparidades sanitárias nacionais, bem como tornar a assistência pública à saúde obrigatória, por conseguinte, a humanização passou a ser considerada um elemento a ser alcançado e defendido pelo sistema (BRASIL, 1990).

Outro marco fundamental foi a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil. A PNH estabeleceu políticas e estratégias a fim de enfatizar os princípios do SUS nas práticas cotidianas de cuidado e gestão, promovendo assim a humanização na atenção à saúde (BRASIL, 2000). A PNH tem como pilar uma abordagem humanizada, reconhecendo a importância das relações interpessoais, da empatia e da compaixão no contexto da prestação de serviços de saúde, buscando trazer de volta o foco no ser humano, colocando-o no centro do cuidado e do atendimento na área da saúde, considerando sua individualidade, dignidade e autonomia, além das questões puramente clínicas (BRASIL, 2013).

A humanização em saúde busca promover uma relação mais empática e respeitosa entre profissionais de saúde e pacientes, valorizando a escuta ativa, a individualidade, a cultura e a participação do paciente no seu próprio cuidado (FORTES, 2004). Visa criar um ambiente mais acolhedor e empático onde os pacientes se sintam respeitados, ouvidos e compreendidos em suas necessidades e preocupações (CARVALHO et. al, 2008). Além disso, a humanização também se estende aos profissionais de saúde, promovendo um ambiente de trabalho saudável, respeitoso, de cooperação e valorização da equipe. Dessa forma, a humanização se baseia no acolhimento total, tendo como foco o tratamento, o conforto e a cura (LIMA et. al 2014).

Para Mitre et al. (2012) a relação entre o usuário e o profissional de saúde deve contemplar o reconhecimento da necessidade do cuidado, compreensão e consciência das singularidades envolvidas no processo do tratamento. Essa relação também deve incluir a aceitação do paciente. Nesse contexto da humanização, a odontologia, assim como outras profissões da área da saúde, precisa se adequar às novas filosofias e propostas vigentes, uma vez que a mesma ainda tem sido praticada com ênfase na doença e supervalorização da técnica (ARAÚJO et al., 2007; GARBIN et al., 2008; FURLIN N, 2020). Isso torna os serviços de saúde desumanos, ao vislumbrar os pacientes como meros instrumentos de intervenção técnica e não como seres que precisam ser informados sobre as intervenções que precisam receber

(BRASIL, 2007).

A odontologia é uma área da saúde de conhecimento e de tratamento que abrange além da boca, a cabeça e o pescoço. Porém, além dos cuidados específicos com as estruturas do aparelho estomatognático, os cirurgiões-dentistas também atuam na promoção da saúde e na prevenção de doenças, e a humanização nesse âmbito busca garantir que todo cuidado seja prestado de maneira acolhedora, respeitosa e centrada no paciente (WALDOW, 2004; CANALLI, 2011; MARTIN, 2004).

O profissional de saúde, ao praticar a odontologia de maneira humanizada é capaz de lidar com todos os medos, anseios e mitos que cercam o tratamento clínico, facilitando a criação de vínculos que favorecem o alcance de resultados positivos no cuidado à saúde (MOTA; DOS SANTOS; MAGALHÃES, 2012).

Nas últimas décadas, a humanização tem se destacado na prática da odontologia, bem como em outras áreas da saúde, por ser fundamental tanto para o dinamismo na formação do cirurgião-dentista (CD), como para a prática clínica (CANALLI et al., 2011). Desta forma, os conceitos de acolhimento, bem-estar e empatia são essenciais e indissociáveis na promoção da saúde bucal, pois se relacionam com a humanização e a qualidade da assistência (DARTIGUELONGUE JB e CAFIERO PJ, 2021).

Para um atendimento odontológico humanizado é preciso conciliar além do conhecimento científico e habilidade técnica, a capacidade de promover um tratamento individualizado, acolhendo o usuário e atendendo às suas necessidades como um todo. (SOUZA et al., 2005; GUERRA et al., 2015). Contudo, no atendimento clínico, o conhecimento e as habilidades técnicas de um dentista são amplamente valorizados, mas a capacidade de praticar o cuidado é igualmente importante. Um maior grau de humanização é essencial para a maioria dos pacientes. (ARAÚJO et al., 2007)

Segundo Souza et al. (2005), é preciso reconhecer que a odontologia deve assumir um caráter maior e mais profundo do que simplesmente restaurar a função, a estética e aliviar a dor do paciente.

No atendimento odontológico para Pessoas com Deficiência (PcD), a humanização é de extrema importância, uma vez que estas enfrentam, com frequência, grandes desafios na busca do cuidado em saúde, requerendo um olhar diferenciado. Para esse grupo, a humanização visa garantir um tratamento com

respeito, dignidade e igualdade, proporcionando uma experiência odontológica acessível, confortável e inclusiva (MITRE et al., 2012)

A PcD deve, bem como qualquer pessoa, ter acesso ao tratamento odontológico na sua integralidade. Contudo, essa abordagem exige do cirurgião-dentista habilidades que vão além dos conhecimentos específicos da área odontológica e os conceitos de humanização precisam ser constantemente valorizados (CANALLI et al., 2012).

A humanização no atendimento odontológico para PcD é um processo contínuo que requer sensibilidade, conhecimento e respeito para garantir que todos tenham acesso aos cuidados odontológicos de qualidade, independentemente de suas limitações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; MELO EA, et al., 2021). Ao construir e manter uma relação de confiança, as consultas são mais efetivas, o que favorece a manutenção da saúde (PINI, FRÖHLICH, RIGO, 2016). Nesse contexto, o acolhimento é o primeiro passo para que as PcD e seus familiares se sintam seguros quanto ao atendimento odontológico (LOPES et al., 2014).

Embora existam políticas específicas com enfoque na Humanização em saúde, com abordagem interdisciplinar para PcD, na prática, em especial na área da odontologia, as ações executadas ainda são incipientes.

Com base nesses dados, o objetivo do trabalho é avaliar a humanização do atendimento a pessoas com deficiência.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

O objetivo deste trabalho é revisar a literatura científica a respeito da humanização do atendimento odontológico a pessoas com deficiência.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever os obstáculos relacionados ao estabelecimento de vínculos com os deficientes e seus familiares
- Avaliar como a infraestrutura e a dinâmica da atividade clínica podem interferir na relação deficiente-profissional
- Analisar como o resgate da humanização do atendimento e da atenção individualizada podem favorecer o atendimento clínico ao deficiente
- Verificar a relação da humanização com a qualidade de vida e a saúde bucal dos deficientes

### 3 METODOLOGIA

Uma revisão da literatura científica foi estabelecida com o intuito de recolher informações que permitissem um conhecimento prévio a respeito do problema a ser abordado e para o qual se procura uma resposta (CERVO e BERVIAN, 1996).

Foi realizada busca da literatura científica publicada nos últimos 21 anos, visando uma coleta de dados atuais acerca do tema. Foram utilizados nesta pesquisa periódicos indexados nas bases de dados eletrônicas: Scielo, BIREME e PubMed.

Como estratégias de busca, as palavras-chaves utilizadas foram “Ansiedade ao Tratamento Odontológico”, “Medo”, “ Humanização da Assistência”, “Odontologia” e “Acolhimento”. Em inglês os descritores foram Dental Anxiety, Fear, Humanization of Assistance, Dentistry e User Embracement. Os resultados foram filtrados utilizando a palavra “and”. As palavras-chaves foram adequadas ao DeCS.

Os artigos foram pré-selecionados a partir da leitura do resumo disponível nas bases de dados, com dados referentes à humanização em saúde e ao acolhimento dos deficientes no contexto da odontologia. Foram incluídas no estudo as publicações com texto em português, inglês e espanhol. Foram excluídos do trabalho os artigos aos quais não se teve acesso ao texto completo. Foram incorporados alguns artigos que tinham sua publicação aquém do limite de tempo proposto neste estudo pois os mesmos são consagrados na literatura.

Na etapa posterior, foi realizada a busca dos textos completos e fez-se inicialmente uma leitura rápida e exploratória com a finalidade de verificar sua adequação ao tema da pesquisa. Em seguida, os textos foram submetidos à leitura integral e a partir do material lido foram realizados resumos e fichamentos, de forma a permitir as anotações das informações principais e dos dados potencialmente relevantes para cumprir os objetivos propostos.

## 4 REVISÃO DISCUTIDA DA LITERATURA

### 4.1 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

O humanismo é um movimento filosófico e cultural que surgiu durante o Renascimento na Europa, particularmente nos séculos XV e XVI. Esta corrente teve um impacto significativo nos campos da filosofia, literatura, belas-artes e ciências e continua a influenciar o pensamento moderno, defendendo a importância do ser humano, sua autonomia, seu desenvolvimento intelectual e moral, bem como a busca do bem-estar individual e coletivo. Num contexto filosófico, o humanismo rejeita a visão teocêntrica predominante na Idade Média e coloca o homem no centro das atenções, enfatizando a dignidade, independência e potencial humano, desta forma, valorizando a razão, a busca do conhecimento, a moralidade, a liberdade e a responsabilidade individual (ALEKSANDROWICZ e MINAYO, 2005).

O humanismo está ligado a uma ética baseada na condição humana e nos ideais partilhados pelos homens, bem como a um grupo de valores que fundamentam o discernimento das tarefas científicas e tecnológicas. Pode ser expresso pela natureza e qualidade do atendimento, levando em consideração os interesses, anseios e necessidades dos atores sociais envolvidos nessa área (RIBEIRO, 2002).

Por outro lado, definir humanização é algo um tanto complexo, pois o termo se refere às representações subjetivas e complexas do tempo. No campo da saúde vai muito além das habilidades clínicas e técnicas dos profissionais, refere-se ao relacionamento interpessoal e ao comportamento adotado em relação aos outros (SIMÕES et al., 2007). É tratar as pessoas levando em consideração seus valores e suas experiências como únicas, evitando qualquer forma de discriminação negativa, perda de autonomia, por conseguinte, é preservar o pundoor do ser humano (RECH, 2003).

O vocábulo "humanização" é muito empregado na área da saúde. Empenhos para humanizar o parto e respeitar os direitos reprodutivos das mulheres fazem parte da agenda do movimento feminista da saúde há décadas (SILVA E DIAS, 2019). Nos últimos anos, o conceito de saúde tem sofrido mudanças significativas e com isso as pessoas passaram a ter o direito e o dever de participar, individual e coletivamente, do planejamento e execução de seus cuidados de saúde, o que constitui em alguns

aspectos o “humanizar” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Na área da saúde é importante perceber que o termo “humanização” tem sido utilizado com diferentes significados e interpretações (SILVA E DIAS, 2019).

A humanização envolve uma mudança de paradigma na forma como os serviços são prestados e atendidos, superando abordagens puramente técnico-biomédicas e com ênfase na integridade, individualidade e na participação ativa das pessoas (ARAÚJO et al., 2007; GARBIN et al., 2008; FURLIN N, 2020). A abordagem de forma humanizada propicia a criação de um ambiente acolhedor, respeitoso e inclusivo onde as pessoas são tratadas com empatia, compaixão e respeito, independentemente da sua condição, origem, sexo, idade ou qualquer outra característica (LOPES AS, et al., 2014).

O estado de saúde e o processo saudável de adoecimento são vivenciados por cada pessoa como únicos, enquanto para os profissionais de saúde, as situações individuais são vivenciadas como casos, de um ponto de vista supostamente objetivo, segundo critérios supostamente lógicos e científicos. Durante muito tempo, ambas as partes vivenciaram uma lacuna nessa relação e a visão humanizada do sistema propõe a harmonização entre elas (ZOBOLI, 2003).

Abordando cronologicamente o tema, um passo importante na promoção da humanização da saúde foi a Declaração de Alma-Ata, criada e emitida pela OMS em 1978 (OMS, 1978). A OMS enfatiza a importância da atenção primária à saúde como estratégia fundamental para alcançar a saúde para todos (OMS, 1996). Tal declaração destacou a necessidade de uma abordagem ampla e humanitária, que não só leva em consideração as dimensões biológicas, mas também as dimensões sociais, econômicas e culturais da saúde (BRASIL, 2003).

No Brasil, a humanização da assistência à saúde foi fortalecida com a criação do SUS em 1988 (BRASIL, 1988), que baseia-se nos princípios da equidade, universalidade e integralidade, buscando promover a igualdade de acesso aos serviços de saúde, promover a participação social e a humanização no atendimento (BRASIL, 1990). Simões et al., 2007, enfatizam que a humanização tornou-se um elemento a ser alcançado e preconizado pelo SUS com vistas à melhoria na qualidade da assistência.

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A partir de então, criou-se as bases para que em 1990 com a Lei orgânica da saúde (8080/90), fosse estruturado e instituído o SUS,



o que provocou importantes mudanças no setor saúde no Brasil (BRASIL, 1990). Desde então, o SUS busca ir além e edificar ações que implementem seus princípios e diretrizes, incluindo propostas como ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância e promoção da saúde.

Outro ponto significativo foi a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003. A PNH tem elaborado diretrizes e estratégias para promover a humanização dos serviços de saúde com o objetivo de modificar as práticas assistenciais e fortalecer as conexões entre profissionais de saúde, pacientes e comunidade, buscando a melhoria nas relações entre profissionais, usuários/profissionais (campo de interação presencial) e entre hospitais e comunidade (campo de interação social), aumentando sua qualidade e eficácia nos serviços oferecidos (Ministério da Saúde, 2000). Desta forma, a criação da PNH deu origem a várias iniciativas desenvolvidas em todo o mundo, para promover a humanização da assistência em diversos contextos de saúde.

Em 2003, a nova direção do MS lançou uma proposta para estender tal humanização para além do ambiente hospitalar e instituiu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gerenciamento em Saúde no SUS – Humaniza SUS. Propõe-se o atendimento de caráter transversal, com o objetivo de atingir todos os níveis de atenção à saúde, entendendo a humanização como uma transformação cultural no atendimento ao usuário e na gestão dos processos de trabalho. O Humaniza SUS tem como pilar os princípios e diretrizes para a construção do SUS, contidos em leis e atos normativos, como integralidade da atenção, universalidade, priorização e regionalização dos serviços, além do controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Busca a prática humanizada, enfrentando as dificuldades que os pacientes têm no acesso aos serviços, como as filas de espera e dificuldades de comunicação entre o paciente e a equipe de saúde. (BRASIL, 2003).

Dessa forma, a humanização em saúde enfatiza a escuta ativa, o individualismo, a cultura e o engajamento do paciente no autocuidado e visa criar uma relação mais empática e respeitosa entre profissionais de saúde e pacientes (LOPES, et al., 2014).

Várias estratégias e práticas podem ser empregadas para ajudar a humanizar os serviços de saúde. Muitas delas vêm sendo discutidas há bastante tempo, como a democratização das relações de cuidado para maior diálogo e melhor comunicação entre profissionais de saúde e pacientes; reconhecendo as expectativas dos

profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico . Democratizar as relações de cuidado significa promover uma abordagem mais equitativa e participativa da relação entre profissionais de saúde e pacientes. Isso inclui capacitar os pacientes, promover o autogoverno e reconhecer a participação ativa das pessoas no cuidado de sua própria saúde, visando superar as hierarquias tradicionais entre profissionais de saúde e pacientes, enfatizando-se a importância de uma abordagem colaborativa, onde as pessoas têm voz e são respeitadas como parceiros no processo de cuidado (ARAÚJO, 2008; GARBIN, 2008; FURLIN, 2020)

É importante envolver os pacientes na tomada de decisões sobre seu tratamento e garantir que eles tenham acesso às informações claras e compreensíveis sobre seu estado de saúde e opções de tratamento disponíveis (RECH, 2003). Os profissionais de saúde devem fornecer apoio, aconselhamento e capacitação aos pacientes. Isso permite que eles façam escolhas informadas e assumam a responsabilidade por seus próprios cuidados ( CANALLI et al., 2012).

Além disso, as relações democráticas de cuidado também incluem a participação da comunidade e do paciente no gerenciamento e na tomada de decisões sobre os serviços de saúde. Isso promove o engajamento do usuário do serviço de saúde em todo o processo, levando em consideração a sua experiência. (DARTIGUELONGUE & CAFIERO, 2021).

As relações democráticas abrangem a promoção da igualdade no acesso aos serviços de saúde, objetivando sanar barreiras econômicas, geográficas, culturais e sociais que limitem o acesso a cuidados iguais. Elas visam garantir o acesso adequado e oportuno aos cuidados de saúde para todos, independentemente do status socioeconômico, gênero, origem étnica, local de residência ou outras formas de discriminação (DESLANDES, 2004).

Em um sentido mais amplo a humanização é vista como a capacidade de prestar assistência de qualidade, articulando o progresso tecnológico com o bom relacionamento (DESLANDES, 2004). Por isso, humanização e acolhimento estão intrinsecamente ligados, visando a valorização humana e a ascensão de relações empáticas e inclusivas. No contexto dos cuidados de saúde uma abordagem humanística é essencial para a construção de uma relação de confiança entre profissionais de saúde e pacientes. Isso fortalece a relação terapêutica fazendo com que o paciente se sinta seguro, ouvido e compreendido. O acolhimento humanitário também é essencial para superar possíveis barreiras de comunicação, temores e

estigmas associados aos cuidados de saúde, facilitando o acesso aos serviços e contribuindo para melhores resultados no tratamento.(CARVALHO et al., 2004)

Mitre et al., (2012) retratam o acolhimento como tecnologia para a reorganização dos serviços, visando a universalização, resolutividade e humanização do atendimento. Com base nessas reflexões, pode-se afirmar que a humanização dos serviços de saúde pode ser incluída como elemento essencial para a melhoria da qualidade dos serviços (DARTIGUELONGUE & CAFIERO, 2021). Entretanto, é preciso repensar o acolhimento dos usuários em aspectos teóricos e práticos, para que isso se torne uma prática capaz de instituir um modelo de saúde em consonância com as diretrizes do SUS e que possa atender às demandas da sociedade.

Em suma, humanização, humanismo e o acolhimento estão interligados na promoção do cuidado centrado no ser humano. O cuidado humanístico reconhece a dignidade e o valor de cada pessoa, demonstrando empatia, compaixão e respeito. Essa abordagem é fundamental para criar ambientes de tratamento saudáveis, inclusivos e amigáveis, onde as pessoas possam se sentir valorizadas, ouvidas e compreendidas.

## **4.2 HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DA ODONTOLOGIA**

O atendimento odontológico humanizado têm surgido como um diferencial clínico de mais alta relevância, com o intuito de oferecer ao paciente um tratamento dentário individualizado, o mais confortável possível, através de posturas e técnicas psicológicas, dispensando, muitas vezes, o uso de medicamentos ou estratégias muito invasivas (SAITO, MARTINS, LEMOS, 2008).

A humanização tem ganhado notoriedade na odontologia, assim como em outras áreas da saúde, por ser fundamental tanto para o processo de formação do dentista quanto para a prática diária no consultório (CANALLI et al., 2011). Visa propiciar uma experiência positiva ao paciente, desassociando, dessa forma, o estigma negativo ligado ao tratamento odontológico e aprimorando o compromisso com os cuidados bucais, tornando a saúde bucal satisfatória e mais duradoura. (MITRE et al., 2012)

O desenvolvimento das relações interpessoais é essencial para estabelecer uma melhor comunicação entre a pessoa cuidada e o profissional. Este profissional deve pensar no paciente de forma empática e não se preocupar apenas

com seus sintomas. As pessoas querem profissionais com conhecimento técnico, mas também querem o aspecto humano nas relações sociais (ARAÚJO, 2007).

O dicionário português (AURÉLIO,2013) define a palavra Humanização como:

*“Ato ou efeito de humanizar(-se), de tornar(-se) benévolo ou mais sociável.”* (AURÉLIO,2013)

Portanto, trata-se de compreender o paciente e enxergar o indivíduo não só de acordo com os sintomas, mas usando habilidades de empatia em relacionamentos interpessoais. A humanização envolve a habilidade do especialista em derivar os sentimentos e pensamentos do paciente em relação ao tratamento odontológico (HOFFMAN, 1977; BACELLAR & ROCHA, 2012).

O cuidado humano é uma atitude moral, ensinada e desenvolvida durante a formação profissional, que possibilita uma relação em que os sujeitos se compreendem e reconhecem os direitos uns dos outros de maneira empática (WALDOW, 2004).

A empatia é uma ferramenta fundamental para a comunicação e qualidade das relações de promoção da saúde, contribuindo para melhorar os resultados do tratamento realizado (FALCONE e FERREIRA, 2007), reduzindo o risco de frustração do paciente e as queixas decorrentes de mal-entendidos (FIELDS et al., 2004; CARRASCO, BUSTO, DIAZ, 2012).

A discrepância entre o que o paciente aguarda ou sente necessário no atendimento e o que o cirurgião-dentista identifica como real necessidade é responsável pela qualificação na satisfação com o resultado final do tratamento. Em um estudo realizado em Rio das Pedras-SP, objetivou-se verificar o hábito dos cirurgiões-dentistas quanto à transmissão de dados aos pacientes e as queixas de insatisfação desses pacientes com o tratamento. Os autores concluíram que o profissional não costuma comunicar dados ao paciente sobre seu tratamento, o que resulta em diferentes níveis de insatisfação (GARBIN et al., 2008). Contudo, muitos cirurgiões-dentistas não associam o sucesso do tratamento à satisfação do paciente (FONSECA et al., 2010), o que vai na contramão dessa nova filosofia proposta na saúde.

A odontologia, assim como as demais profissões da área da saúde, ainda tem sido praticada por meio da supervalorização da técnica, com ênfase na doença. Essa atuação, fruto de um sistema educacional onde se instruem e reforçam as habilidades

manuais e os procedimentos tecnológicos, muitas vezes se contrapõe à necessidade da atuação humanizada, visto que durante o tratamento odontológico o paciente se encontra em estado de vulnerabilidade física e emocional. O que se percebe é que um profissional que se interessa apenas pelo procedimento a ser efetuado, não se preocupa em observar as manifestações de ansiedade do paciente e, conseqüentemente, não entrega o suporte essencial e imediato requerido no cuidado prestado (FURLIN, 2020).

Mota, dos Santos e Magalhães (2012) relatam que a prática odontológica está sendo repensada mundialmente, pois desde seus primórdios tem tido como foco a doença; o que tem mudado nas últimas décadas com a manifestação de maior atenção à prevenção e a promoção da saúde, com enfoque na pessoa doente.

O tratamento odontológico torna-se satisfatório quando o cirurgião-dentista estabelece ligação com seu paciente, sem deixar de lado o preparo técnico que também é fundamental. A relação entre o cirurgião-dentista e o paciente é tão importante para o sucesso no cuidado odontológico quanto sua precisão técnica, uma vez que a necessidade do paciente pode ser diferente daquela percebida pelo profissional, e se não atendida de forma completa gera insatisfação, com frequência (BOTTAN, 2009).

De acordo com Cianetti e colaboradores (2017), a ansiedade e o medo de condutas odontológicas desde a infância precisam de prevenção e cura. O medo e a ansiedade odontológica são problemas habituais que se estendem ao longo do tempo, atingindo jovens de todo o mundo.

Segundo Petry et al (2006), o “pavor do dentista” parece ser um fenômeno costumeiro entre o público em geral e os cirurgiões-dentistas devem estar atentos a esse aspecto, pois identificar precocemente tal situação, permite um preparo adequado do paciente para receber o tratamento necessário, com o intuito de reduzir os elevados índices de ansiedade envolvidos no contexto odontológico, o que com certeza, irá favorecer o resultado final .

Muitos pacientes manifestam medo, trauma, ansiedade e inúmeras expectativas em relação ao tratamento odontológico, o que exige do profissional uma postura adequada para lidar com os diferentes casos, adaptando os procedimentos a serem realizados ao perfil de cada pessoa.(MOTA; DOS SANTOS; MAGALHÃES, 2012)

Mota et al. (2013) relatam que o ambiente odontológico é repleto de emoções,

como a ansiedade, devido ao risco iminente de dor durante a realização dos procedimentos clínicos, mesmo com os inúmeros avanços científicos e tecnológicos na área da Odontologia. Muitos pacientes utilizam termos como pavor, pânico e terror para relatar as sensações associadas ao tratamento dentário.

Todavia, pacientes ansiosos podem ser identificados pelo seu comportamento e pela avaliação ou reconhecimento de alguns sinais e sintomas, como sudorese profusa, distúrbios gastrointestinais, inquietação, agitação, palidez, taquicardia, tensão muscular, choro, náusea, tontura, tremores, entre outros (COLARES et al 2004). Existem também pacientes que falam sem cessar, que sentem ânsia de vômito como se algo estivesse fora de controle e que não conseguem abrir a boca. Dessa maneira, o que se percebe é o estresse afetando direta e negativamente o tratamento dentário, influenciando desde a frequência das consultas até a colaboração durante os procedimentos clínicos (COLARES et al 2004)

Assim sendo, o cirurgião-dentista deve estar atento principalmente à ansiedade do paciente, estando apto a transmitir confiança e se firmar como reconstrutor e reparador do cuidado. O tratamento odontológico é um momento de grande importância emocional para o paciente, pois se caracteriza como um ato muito íntimo. Nesse contexto, o trabalho do cirurgião-dentista é muito maior e mais profundo do que uma simples recuperação da função, estética e alívio da dor do paciente. Vai além dos parâmetros físicos e fisiológicos da doença (RAMOS, 2001).

Um novo caminho para minimizar as questões emocionais do paciente é a inclusão das políticas de cunho humanístico nos serviços de saúde. É possível que a ansiedade odontológica diminua gradativamente à medida que as pessoas sejam esclarecidas em relação aos procedimentos odontológicos aos quais serão submetidas. Além disso, novas tecnologias também estão sendo desenvolvidas para diminuir o uso de protocolos clínicos mais dolorosos. A humanização da assistência à saúde - que hoje em dia é mais enfatizada - também é importante para a construção de uma relação de confiança entre o paciente e o profissional da odontologia, o que auxilia na redução do medo (POSSOBON et al., 2007; COLARES et al., 2004).

Existem pelo menos dois métodos de humanização real: 1: mudar as práticas educacionais para permitir que os novos profissionais da odontologia possam se graduar com esse novo perfil e/ou 2: fazer com que os cirurgiões-dentistas formados repensem seus conceitos e práticas cotidianas. De acordo com Lima et al., (2014), desde a graduação é fundamental tratar o paciente como um todo, sem que o foco

esteja apenas na doença, muito pelo contrário, treinando a capacidade de empatia, entendimento emocional e habilidades de comunicação do novo profissional que se forma.

Entretanto, o estudo de Ugalde (2011) retrata uma realidade ainda vigente no campo da odontologia: a de que existem obstáculos em abordar a questão da humanização no ensino superior, confirmando a necessidade de desenvolver esse assunto ao longo do processo de formação. Por outro lado, em um estudo avaliando o impacto da formação odontológica com diferentes orientações na formação profissional dos cirurgiões-dentistas, constatou-se que a instituição de ensino, mesmo que voltada mais para a saúde coletiva, não foi capaz de formar valores humanitários nos acadêmicos, trabalhando neste campo, aqueles que já eram mais sensíveis às questões sociais (BOTTAN, 2009).

Lazzarin et al. (2007) também sustentam a excessiva formação técnica dos cursos básicos de odontologia em detrimento da formação humanitária, acrescentando que a mudança do processo de formação odontológica não é apenas essencial, mas também complexa e evolutiva. Isso implica em uma mudança no conceito de saúde e educação em suas atividades práticas. Também inclui mudanças na relação entre cirurgiões-dentistas e cidadãos, entre cirurgiões-dentistas e outros profissionais de saúde e entre professores e alunos.

A preocupação com o acolhimento e o bem-estar do paciente deve estar associada às habilidades tecnológicas, cognitivas e emocionais necessárias à formação de um cirurgião-dentista. No processo ensino/aprendizagem, cabe aos cursos de graduação em Odontologia reforçar as qualidades humanísticas de seus estudantes, objetivando a formação de profissionais adequados para realizar atos empáticos com seus pacientes. Os projetos pedagógicos devem reforçar positivamente o treinamento de competências voltadas para a consolidação das práticas e a vivência da valorização da relação profissional/paciente (GUERRA et al., 2014)

Silva e colaboradores (2017) sugerem que os métodos de visita domiciliar, em consonância com as diretrizes nacionais, se tornam um meio favorável para que estudantes de odontologia alcancem os usuários da comunidade e demais profissionais da equipe de saúde, podendo colocar em prática conceitos como humanização, acolhimento e escuta ativa. Com esse intuito, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação construiu o Programa Nacional de

Reorientação da Educação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) - com o objetivo de oferecer atendimento humanizado e generalista (Brasil, 2009).

Um dos objetivos do Pró-Saúde é a aproximação entre paciente e cirurgião-dentista, de forma empática. O estudante de odontologia, ao conhecer o domicílio de seu paciente, passa a ter ciência dos problemas relacionados a sua alimentação, transporte e, às vezes, da falta de condições mínimas para manter uma vida digna. Disciplinas humanitárias como psicologia, sociologia, entre outras, podem contribuir para melhoria da relação do estudante com a comunidade, levando assim uma maior mobilização da mesma em relação ao acesso à serviços de saúde (LAZZARIN et al., 2007; CANALI et al., 2011).

Em algumas áreas da odontologia já podem ser observados avanços na humanização da relação profissional-paciente. Weddell (1995) citam a Odontopediatria como uma das disciplinas clínicas onde esse processo se desenvolve de maneira mais efetiva até o presente momento.

Ugalde et al (2011) sugerem que fatores psicológicos e sociais têm um forte impacto no aparecimento e desenvolvimento das doenças, e por isso, melhores resultados terapêuticos e clínicos podem ser alcançados em uma relação empática entre profissionais e pacientes. Em confirmação com tal fato Robles et al. (2008) relatam que fatores emocionais, cognitivos e psicomotores devem ser sustentados na prática odontológica cotidiana.

Isto posto, atuando de modo humanizado na prática odontológica, personalizando os atendimentos, entendendo cada paciente e respeitando as diferenças, considerando cada ser humano como um ser único e que traz consigo suas próprias noções, temores e traumas; as chances de conseguir um tratamento de sucesso aumentam em qualquer assistência (SCHNEIDER A, et al., 2018).

O olhar humanizado e solidário garantirá que as necessidades e subjetividades do paciente sejam respeitadas e acolhidas, desvendando o que está escondido em seu interior, permitindo o pleno cumprimento do atendimento odontológico. Os pacientes são mais cooperativos quando são tratados de forma mais gentil e humana, por isso o cirurgião-dentista não deve ignorar a parte emocional do paciente, uma vez que o fortalecimento do vínculo afetivo profissional-paciente é vital para o tratamento odontológico. Assim, uma atitude sensível por parte do cirurgião-dentista, com avaliação das queixas e comoções do paciente e uma explanação clara dos procedimentos a serem realizados, podem minimizar ou mesmo extinguir os temores



existentes (ARAÚJO e SILVA, 2007).

O paciente consciente torna-se mais cooperativo durante o processo clínico e o profissional pode usar a empatia a seu favor criando uma relação que minimize e até suprima a ansiedade manifestada, gerando um ponto de confiança, segurança, calma e tranquilidade no paciente, favorecendo o atendimento odontológico (MOTA L, et al., 2013).

Para Mitre et al. (2012), ao se relacionar com paciente, o profissional de saúde deve reconhecer suas necessidades e usá-las como norteador para uma assistência de qualidade, em que haja aceitação do outro, conhecimento e ciência de suas singularidades e a disponibilização de conhecimento em saúde. Tal abordagem permite a implementação contínua do liame de intervenção, a garantia da liberdade e a responsabilidade do usuário pelo resultado da intervenção.

Porém, para humanizar o atendimento, toda a equipe odontológica deve ser treinada e capacitada para o acolhimento amplo do paciente. Os avanços tecnológicos na área odontológica não devem ser implementados sem a melhoria da qualidade das relações humanas, uma vez que a humanização envolve elementos cognitivos, emocionais e comportamentais (FALCONE et al., 2008).

As relações de assistência dependem de quem está envolvido no processo e de como e em que situações o processo ocorre. O processo de acolhimento contribui para a humanização do atendimento ao coordenar e fazer a ponte de forma efetiva na relação entre profissionais e pacientes/usuários. Acolher envolve a escuta qualificada, instituindo uma relação de atenção, cujo objetivo é a compreensão e a abordagem do problema aduzido pelo paciente. Assim é possível criar e fortalecer um elo de confiança entre paciente-profissional (LOPES, et al., 2014).

Logo, o acolhimento promove uma relação humana entre quem zela e quem é zelado. Aduz o conceito de tratar no sentido de reflexão, contemplação, interesse, preocupação, consideração pelos outros. Ações de acolhimento em odontologia podem ser consideradas fundamentais para aprimorar a qualidade da assistência prestada e devem ser ensinadas e desenvolvidas durante a formação profissional (SCHNEIDER, 2008). O acolhimento deve ser realizado por toda a equipe e requer o envolvimento de cada profissional. A compreensão da equipe de saúde envolvida é fundamental nessa relação acolhedora e humanizada, em todas as etapas do cuidado. Por isso, é significativo que esses papéis sejam acessíveis e amplamente visualizados e, principalmente, que a harmonia reine no ambiente de saúde (DARTIGUELONGUE

JB e CAFIERO PJ, 2021).

Portanto, o acolhimento e o bem-estar são as chaves para uma relação empática na odontologia, garantindo um atendimento humanizado para a promoção da saúde. Nesse pleito, o cirurgião-dentista deve se adequar para entrar no mundo do paciente e entender o que significa saúde bucal para ele. Ademais, no processo de formação profissional cabe à Universidade aumentar os limites da evidência científica sobre o tema, traduzindo a humanização em modelos atuais, propiciando um escopo mais amplo e perspectivas mais extensas para o atendimento odontológico humanizado.

### **4.3 HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES DEFICIENTES**

O conceito de humanização na relação paciente-profissional está cada vez mais presente em todas as áreas da saúde. Essa humanização está ancorada na Política Nacional de Humanização (PNH) elaborada pelo Ministério da Saúde em 2003. Objetivando abordagens humanizadas propiciando cuidado e a visão do todo relacionado ao paciente, o cuidado deixou de se limitar à deficiência e passou a priorizar a individualidade e a dignidade do ser humano (CASATE; CORRÊA, 2012).

A PNH visa a compreensão do paciente sem priorizar tão somente as técnicas odontológicas pois, diversos estudos confirmaram que uma abordagem humana melhora a saúde e previne doenças. Entre os métodos aplicados nessa abordagem estão: ouvir o paciente, não apenas seus sintomas e suas queixas físicas mas acolher o mesmo com sincero interesse; sua dor física e moral; permitir que o paciente tome conhecimento dos procedimentos necessários a serem realizados, bem como ouvir suas sugestões e sanar suas dúvidas fazendo uso também da comunicação entre profissionais odontológicos sem hierarquia para atingir o melhor resultado possível (KESSAMIGUIEMON, OLIVEIRA & BRUM, 2017).

De acordo com dados publicados pelo Censo Demográfico de 2010, aproximadamente 45 milhões de brasileiros relatam ter algum tipo de deficiência, seja ela mental, física, auditiva, visual ou múltiplas, o que representa quase 24% da população (IBGE, 2010).

Define-se pessoa com deficiência (PcD) como todo indivíduo, adulto ou criança que apresenta algum desvio de normalidade, podendo ser de ordem física, intelectual, social ou emocional, temporária ou permanente, requerendo atenção e abordagem

especiais por um período de sua vida ou indefinidamente (VERÍSSIMO; AZEVEDO; RÊGO, 2013), uma vez que esse desvio o impede de ser submetido a uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras, incluindo as doenças hereditárias, as alterações congênitas, as alterações que ocorrem durante a vida, como as condições sistêmicas, as alterações comportamentais, o envelhecimento, entre outras (BRASIL, 2019)

Já o conceito de Pessoa com Deficiência (PcD) foi reforçado no texto da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015:

*Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2019).*

Sabe-se que todas as pessoas possuem características genéticas que as distinguem umas das outras, mas muitas vezes, essa diferença é vista como sinônimo de desigualdade. Considerando os pacientes com algum tipo de deficiência é necessário adotar um conjunto de cuidados diferenciados em seu tratamento médico e/ou bucal. Conseqüentemente, os profissionais de saúde devem estar cientes da condição do paciente e preparados para oferecer o tratamento adequado. A PcD deve, como qualquer outra pessoa, ter acesso a assistência odontológica completa, ou seja, deve-se enfatizar o atendimento humanizado. No entanto, não devemos subestimar a capacidade desses pacientes, mas sim entender suas diferenças, tanto físicas quanto psicológicas (CASTILHO et., al 2014)

Nesse cenário, a promoção da saúde tem como meta capacitar os profissionais e melhorar a oferta da saúde no país (BRASIL 1986) e com isso, proporcionar um estado amplo de bem-estar físico, mental e social ao paciente, sendo necessário, para tal fim, que os profissionais da saúde sejam capazes de identificar suas aspirações, satisfazer suas necessidades, mudar de atitude ou lidar com seu ambiente (VERÍSSIMO, AZEVEDO, RÊGO, 2013). A saúde, portanto, é vista como um modo de vida e não como um objetivo. Devido a isso, políticas de promoção da saúde têm enfoques múltiplos e complementares, levando em consideração as diferenças sociais, culturais e econômicas (CASTILHO et al., 2014).

Embora esses conceitos sejam bem estabelecidos no papel, o acesso à assistência básica ainda é insuficiente para algumas PcD no Brasil, impedindo os mesmos de gozarem de seus direitos básicos, incluindo a assistência médica (OLIVEIRA et al., 2008).

As PcD devem ter oportunidades iguais de acesso a todos os serviços e atividades de saúde como vacinação, aconselhamento, cuidados pré-natais, planejamento familiar, cuidados infantis e higiene bucal, de modo que suas necessidades mais simples sejam atendidas (KESSAMIGUIEMON, OLIVEIRA e BRUM, 2017).

Com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, a expectativa de vida aumentou de forma expressiva no Brasil (BRASIL, 2012; SANTOS, 2014). Diante disto, o ser humano necessita de saúde para alcançar a longevidade. Nessa ótica, a pessoa é considerada um ser saudável somente quando atinge o completo bem-estar e não apenas por não apresentar alguma doença (MOTA et., al 2012).

Nesse contexto, a palavra inclusão tem o significado de permitir às PcD oportunidades iguais de atendimento em tratamento convencional e diferenciado, por consequência, os profissionais devem aprender a administrar diversidades e diferenças (KESSAMIGUIEMON, OLIVEIRA e BRUM, 2017). No entanto, essa realidade ainda está bem distante dos dias atuais. Problemas como a baixa oferta de profissionais qualificados, a demora nos agendamentos e a necessidade de anestesia geral são comuns, o que compromete a amplitude das ações necessárias para a promoção da saúde bucal dos PcD, fatores considerados como barreiras no acesso à saúde ampla (NORA; JUNGES, 2013).

Além das dificuldades socioeconômicas e da necessidade de deslocamento, a falta de conhecimento, interesse ou resistência dos guardiões legais quanto à importância da higiene bucal da PcD também contribui para que as intervenções se tornem mais difíceis e que o tratamento não seja contínuo. Não obstante, isso permite compreender a importância da promoção da saúde e da atenção primária para o manejo odontológico desses pacientes (VERÍSSIMO, AZEVEDO, RÊGO, 2013).

Além disso, a falta de acessibilidade, o receio do dentista em atender uma PcD e a falta de encaminhamentos para outras áreas também prejudicam o sucesso do tratamento odontológico (OLIVEIRA et al., 2008). Circunstâncias como custos econômicos, problemas de autoestima e dificuldades de mobilidade e acessibilidade de alguns PcD, principalmente aqueles com distúrbios musculoesqueléticos,

prejudicam o acesso ao cirurgião-dentista (FIGUEIREDO, LEONARDI, ECKE, 2016), dificultando o planejamento, a organização, a execução e a qualidade do tratamento ofertado (NORA; JUNGES, 2013).

Segundo Weddell (1995) o PcD só busca o atendimento odontológico quando há uma necessidade imediata a ser atendida, muitas vezes pela dificuldade financeira, ou pelo fato de possuir outros problemas relacionados à saúde geral, considerados pela família, de maior prioridade se comparados aos odontológicos. Por isso, é de extrema importância a prevenção da doença bucal neste grupo.

Fonseca et al. (2010) apontam que a falta de transporte público específico para alguns PcD e a falta de acessibilidade nas calçadas estão entre os principais fatores que dificultam sua visita ao cirurgião-dentista. Em acréscimo, as patologias bucais podem ser consideradas também como um dos principais problemas das PcD, seja por seu estado de saúde ou por sua realidade socioeconômica.

Segundo Nunes et al. (2017), a saúde bucal do PcD geralmente é tida como insatisfatória, pois está comumente associada a fatores como má higiene bucal, alimentação pastosa e rica em carboidratos, bem como a utilização de medicamentos que promovem a diminuição do fluxo salivar (SANTOS et al., 2014). As deficiências intelectuais e motoras, bem como a falta de conhecimento pelos cuidadores e responsáveis, sobre a importância da escovação dentária, acarretam no desenvolvimento de doenças que culminam com o aumento da incidência de cárie, periodontite e edentulismo nesses pacientes (SANTOS et al., 2017; BERTHOLD et al., 2004).

Há de se destacar que PcD e com necessidades especiais são, em geral, mais propensas a serem acometidas por doenças bucais. Isso se dá devido às condições sistêmicas e motoras vivenciadas por tais pacientes nas práticas de higiene bucal, bem como ao tipo de alimentação dos mesmos (principalmente de consistência líquida ou pastosa) e a utilização de anticonvulsivantes com alto teor de sacarose (FIGUEIREDO, LEONARDI, ECKE, 2016).

Outro motivo é a falta de desempenho eficaz dos pais ou responsáveis na realização da higiene bucal. Ruas et al. (2016) apontam que um dos fatores que levam à negligência na atenção à saúde bucal dos PcD é a precariedade dos serviços odontológicos a eles prestados, o despreparo dos profissionais da área, bem como o preconceito, ressaltando a necessidade de empatia por parte do cirurgião-dentista,

que deve conduzir o tratamento respeitando os limites do paciente e suas condições individuais, almejando o êxito amplo no atendimento (CASTILHO et al. 2014).

Importa ressaltar ainda que no atendimento do PcD nada é exato ou predeterminado. O profissional sempre se depara com individualidades, de paciente para paciente, mesmo dentro da mesma deficiência. Atualmente, o atendimento odontológico ao PcD ainda é motivo de aflição devido a dificuldade em executar a prevenção e o próprio tratamento odontológico (VERÍSSIMO, AZEVEDO, RÊGO, 2013). Circunstâncias como custos econômicos, problemas de autoestima e dificuldades de mobilidade e acessibilidade para alguns PcD, principalmente aqueles com distúrbios motores, prejudicam o acesso ao atendimento odontológico (FIGUEIREDO, LEONARDI, ECKE, 2016).

Outro fator de destaque é a presença de poucos profissionais capacitados para o atendimento de PcD, tanto na rede pública quanto na privada, o que contribui para a instalação de doenças bucais e para o uso, na maioria das vezes, de soluções radicais e tardias no manuseio desses pacientes (QUEIROZ et al., 2014).

Castilho et al.(2014) afirmam que o tratamento de pacientes com algum tipo de deficiência requer uma habilidade odontológica que vai além do conhecimento específico da área da odontologia. No tratamento de PcD, é fundamental que os cirurgiões-dentistas demonstrem empatia às emoções do paciente e da família, levando em consideração os riscos da separação e os sentimentos de exclusão vivenciados por eles (QUEIROZ et al., 2014).

Um dos fatores determinantes para o sucesso do tratamento é a capacitação dos profissionais envolvidos, dotando-os de valores humanos e de conhecimentos para o bem relacionar com os PcD e seus cuidadores. Programas de saúde e inclusão social são de extrema importância para os pacientes, reduzindo assim, os índices de cárie dentária e gengivite (TADEI; MENDONÇA; MENDEZ, 2007).

Os profissionais precisam aprender a executar até mesmo os procedimentos odontológicos mais simples, o que requer um conhecimento prévio do padrão de comportamento da deficiência, pois as alterações comportamentais do paciente podem dificultar o tratamento, tornando difícil a realização de exames e tratamentos (SANTOS, 2014).

Ao atender o PcD o cirurgião-dentista se depara com três limites: limite profissional, limite do serviço e limite do paciente. O primeiro está relacionado ao limite de paciente é o horário da consulta, que não pode ser prorrogado de forma que o

mesmo se sinta desconfortável no consultório odontológico. O limite do serviço ou limite profissional se caracteriza quando estes estão impossibilitados de realizar determinados procedimentos.(FONSECA et., al 2010).

Apesar da melhoria na estrutura dos serviços públicos e privados, obstáculos são criados entre os profissionais. Assim, Mota (2012) aduz que atualmente ainda formam-se profissionais mais voltados às técnicas, não preparados adequadamente para lidar e cooperar no atendimento de PcD. Contudo, uma alternativa seria investir em uma formação mais humanizada, centrada no paciente e não na deficiência, com mais empatia e automaticamente mais segurança e acolhimento por parte do profissional (ARAÚJO e SILVA, 2007).

Silva e colaboradores (2007) acreditam que o acolhimento é um primeiro passo para que a PcD e sua família se sintam seguros durante o tratamento odontológico, uma vez que o tratamento geralmente é acompanhado de estabilização física e/ou farmacológica. É essencial que as famílias sejam previamente informadas e esclarecidas sobre a necessidade desses métodos, que à primeira vista podem parecer agressivos.

Um protocolo de atendimento clínico deve ser apoiado em um histórico médico abrangente que se baseie no histórico médico do paciente e que ajude a orientar o tratamento odontológico desde o planejamento até o diagnóstico e a prognose do paciente. O histórico clínico do paciente deve conter as seguintes informações: queixa principal, história da deficiência atual, estado de saúde, internações, cirurgias, alergias, experiências de cura e anestesia, medicamentos, história familiar e odontológica, bem como outras informações que o cirurgião-dentista considere relevantes. As informações fornecidas pelos gestores do serviço público, antes do atendimento, são essenciais para o planejamento e organização do atendimento (SANTOS 2018; ARAUJO 2016; DIAS 2009)

É imperioso saber que o atendimento odontológico para PcD varia de acordo com o tipo de deficiência, a idade e o tratamento requerido. O paciente deve ser cuidado de acordo com suas limitações, para que desse modo se sinta o mais confortável possível. Inicialmente, as consultas devem ser breves e realizadas com firmeza e segurança e há casos que necessitam de várias consultas para que o paciente se sinta confortável e seguro com o ambiente (VERÍSSIMO, AZEVEDO, RÊGO, 2013).

Diversas técnicas comportamentais podem ser utilizadas pelo cirurgião-dentista, visando propiciar ao paciente uma melhor adaptação ao tratamento. Deve-se evitar o estigma de que o PcD deve ser tratado apenas no hospital, que seu comportamento é extremamente difícil e que o tratamento deve ser realizado apenas sob anestesia geral, pois após a avaliação preliminar de sua saúde, é possível estabelecer um plano de tratamento odontológico adequado e individualizado, o que pode ser realizado no consultório odontológico, utilizando uma contenção corretamente indicada e adequada, se necessário (SANTOS 2018; ARAUJO 2016; DIAS 2009).

De acordo com Martins et al. (2013), em alguns casos é necessário encaminhar o PcD para anestesia geral, após todos os esforços ambulatoriais terem sido executados. O importante é que o tratamento odontológico ocorra de forma ampla e albergue todos os recursos necessários. Quando esse tratamento não ocorre em sua amplitude o resultado almejado não é alcançado. Isso se dá também pela negligência na abordagem dos pacientes, bem como pelo conhecimento insuficiente que os cirurgiões-dentistas têm sobre seu manejo clínico. (FIGUEIREDO, LEONARDI, ECKE, 2016).

Para ter sucesso na assistência odontológica, é necessária vasta comunicação entre paciente e profissional, atendendo as principais queixas que propiciam ao cirurgião-dentista entender o histórico médico, detalhar e construir um plano de tratamento adequado para o caso (SANTOS 2018; ARAUJO 2016). O diálogo também é importante para criar laços e proporcionar harmonia e leveza no processo, por isso é importante utilizar ferramentas que facilitem essa comunicação (CASTILHO et al., 2012).

A comunicação não verbal atua como um auxiliar da comunicação verbal para transmitir a mensagem aos PcD, reduzindo o estado de ansiedade durante o tratamento odontológico. Se o tratamento ambulatorial é bem-sucedido, não é necessário o uso de anestesia geral, mesmo que seja necessária contenção física e/ou química (ARAÚJO et al., 2007). A comunicação não verbal também é realizada por meio da posição corporal, contato visual e do toque (CASTILHO et al., 2014). Engloba todas as expressões comportamentais não verbais, como postura, expressões faciais, distância interpessoal e organização de objetos no espaço. A comunicação é natural e intuitiva e é influenciada pelo ambiente cultural em que o



indivíduo vive (SILVA et al., 2000). É considerada aproximadamente cinco vezes mais eficaz do que palavras (ARAÚJO et al., 2007).

Os canais de comunicação não-verbais são divididos em dois grupos: o primeiro, é composto pela atração física e o movimento humano, e o segundo é um reflexo do produto da ação humana. O primeiro grupo inclui unidades expressivas como rosto, olhar, cheiro, gestos, ações e postura. O segundo grupo inclui a moda, os objetos de uso cotidiano e artístico, e a organização dos espaços: naturais (pessoais e coletivos) e ambientais (domésticos, urbanos e rurais). Com efeito, através do contato visual, do chamado “olho no olho” e do sorriso simpático, o profissional da saúde mostra que se preocupa não só com o paciente, mas também com o que ele sente e como se expressa. Isso promove um cuidado humanizado e inclusivo (ARAUJO e SILVA, 2007).

As PcD necessitam de cuidados dentários específicos dependendo do tipo de deficiência, nível de atividade mental e física. Logo, técnicas de condicionamento e abordagens para pacientes com transtornos psiquiátricos incluem diferentes tipos de terapia e devem ser realizadas com envolvimento familiar, condicionamento comportamental e apoio psicológico (SANTOS 2018; ARAUJO 2016; DIAS 2009). Esses cuidados exigem um plano de ação que pode englobar visitas agendadas ao consultório odontológico, a fim de que o paciente sinta-se ambientado, se familiarize com os equipamentos, com os materiais e conheça odores, sabores, cores e ruídos.

Novaes (1997) aduz a importância do atendimento odontológico aos PcDs, destacando a relevância da promoção da saúde, bem como de atividades curativas, sendo de grande expressão a interação dos pacientes com a família, sociedade e profissionais de saúde para o sucesso do tratamento e para manutenção da qualidade de vida do paciente.

A importância das medidas preventivas é indiscutível para todos, mas elas são especialmente importantes para os pacientes com alguma deficiência, devido aos desafios que envolvem a odontologia eletiva. Nesse sentido, se fazem necessárias políticas públicas socioeconômicas e de saúde integradas e inclusivas que tenham como foco essa população e que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e na assistência integrada e humanizada odontológica (CASATE; CORRÊA, 2012).

Aguiar e Gonçalves (2003) relatam que até pouco tempo atrás a odontologia para o paciente especial era deixada em segundo plano, pois poucos profissionais atuavam nessa área e, na maioria das vezes, quando isso ocorria, implicava na

realização de procedimentos altamente invasivos, como extrações dentárias totais, na tentativa de solucionar o problema de quem normalmente não podia ir ao consultório odontológico. Todavia, observou-se que a consulta quando regular e preventiva ajudava a controlar os processos de doença e propiciava um atendimento mais humanizado aos PcD (AGUIAR e GONÇALVES 2003).

Santos e Aguiar (2011) realizaram um estudo tendo como mecanismo a arte e seus segmentos como recursos para a inclusão de crianças com necessidades especiais no ambiente odontológico, utilizando a arte em atividades e oficinas de socioterapia, visando desenvolver um estudo cultural por meio de questionários aplicados, o que proporcionou resultados positivos. De concordância com os questionários respondidos, a música e a pintura segundo a predileção dos participantes, são os segmentos artísticos que mais ajudam nas atividades de inclusão e adaptação, outorgando para facilitar o atendimento odontológico.

Nos casos em que o cirurgião-dentista não tem preparo técnico ou estrutura necessária para realizar todo o tratamento dentário do PcD em seu próprio consultório, é interessante que ele acompanhe o paciente, junto com o familiar, a uma consulta em outro local que proporcione toda a estrutura, caso ele detenha a confiança do paciente e de sua família. Sua presença pode acalmar ou minimizar o nervosismo do paciente durante o procedimento, quando este for efetuado por outro cirurgião-dentista (NORA; JUNGES, 2013).

Em estudos científicos mais recentes é comprovado que uma abordagem ampla e integral para o cuidado dos PcD é de suma importância nas práticas clínicas durante a graduação, pois prepara os acadêmicos e futuros profissionais, para uma abordagem mais assertiva desses pacientes. O contato com PcDs, já nos cursos de graduação, proporciona não só o aprendizado técnico, mas também permite a vivência do acolhimento, o que favorece a aquisição de bases para uma atuação mais segura perante as diferentes doenças que acometem cada paciente deficiente em sua singularidade, tornando o futuro profissional apto a realizar um cuidado mais humanizado, dotando-o de informações e experiências que favorecem o relacionamento entre profissional, paciente e família (NUNES et. al 2015; PEREIRA et. al 2016).

Na abordagem dos PcD é importante trabalhar as peculiaridades de cada paciente, principalmente a ansiedade e o medo, com vistas a um tratamento mais efetivo. Para Fonseca et al. (2010) um dos fatores atribuídos ao insucesso da

assistência odontológica integral às PcD está relacionado ao medo do cirurgião-dentista em atendê-las, haja vista que não basta conhecer as técnicas odontológicas mas é fundamental acolher o paciente. Também é necessário conhecer o histórico médico, sua condição socioeconômica e seu núcleo familiar, para realizar os procedimentos necessários no tratamento. Mota et. al (2012) relatam que a insegurança no atendimento é causada em grande parte pela inexperiência em tratar PcD na graduação. Não obstante, Tezza (2011) destaca o fato dos acadêmicos se formarem sem experiência de trabalho em equipe, o que no futuro acarreta ainda mais dificuldade na prática odontológica cotidiana.

Uma alternativa proposta por alguns autores é utilizar a Extensão das Universidades como um modo capaz de dar novos rumos à formação acadêmica. Em muitos casos a Extensão se apresenta como uma ferramenta fundamental para o aprendizado e formação profissional e pessoal, inclusive na área de abordagem das PcD. Embora se saiba que o aprendizado acadêmico e o trabalho voluntário trazem benefícios como humanizar o profissional odontológico, bem como auxiliar na formação técnico-científica e melhorar a saúde bucal das pessoas, são raras as instituições que ofertam esse tipo de contato com o PcD (NUNES et., al 2020).

Projetos de extensão como o "Multiplicando Saberes" é um exemplo efetivo que está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PRODONTO) da UFS (Universidade Federal de Sergipe) e tem como objetivo desenvolver práticas educacionais e de promoção da saúde que visam melhorar a higiene bucal de crianças e adolescentes com deficiência (NUNES et., al 2020). Também o Projeto de Extensão "Cão-Cidadão" tem o objetivo de propiciar momentos descontraídos as PcD, ao fazer uso de cães para entretê-los na assistência odontológica oferecida no Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência (CAOE) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP) (AGUIAR e SILVA 2011).

Castilho e colaboradores (2012) comentam que não existem fórmulas ou manuais. O que se deve priorizar é que o paciente seja submetido ao tratamento ao qual tem direito. Conhecer o perfil das PcD é essencial para que os profissionais envolvidos obtenham êxito ao tratá-las. Estabelecer protocolos de atendimento e contar com o apoio de uma equipe multidisciplinar é primordial na prevenção e tratamento das doenças da cavidade bucal de PcD, o que gera uma melhoria significativa na qualidade de vida e no seu bem-estar.

Por outro lado, ações de saúde bucal no universo familiar podem ser um importante ferramenta de êxito na assistência odontológica de PcD, o que possibilita a identificação de grupos de maior risco social ou famílias e cidadãos excluídos do acesso aos serviços. O cuidado domiciliar também aparece na vanguarda da odontologia, pois introduz uma nova lógica rompendo com a prática até então utilizada, que tem como foco principal o alívio da dor e a prática dentro do consultório (DITTERICH et., al 2009).

É extremamente relevante entender que o cuidado, dispensado atualmente na área da saúde, deve ser integral e se estender não só às PcD, mas também à família, construindo e estabelecendo uma relação de confiança, garantindo desse modo uma assistência efetiva e integral (MOTA et., al 2012). No serviço público, o cirurgião-dentista deve enfrentar todos os receios e mitos relacionados ao tratamento clínico de PcD realizando ações de saúde coletiva e utilizando as Estratégias de Saúde da Família (ESF), que fazem parte da rede básica de saúde brasileira (CASATE; CORRÊA, 2012).

Nesse contexto, um plano de ação pode incluir visitas agendadas ao consultório odontológico, para ajudar o paciente a se sentir em casa, familiarizar-se com ferramentas e materiais e aprender sobre cheiros, sabores, cores e ruídos. Durante as visitas, o cirurgião-dentista deve integrar a higiene bucal na rotina diária do paciente e de seus cuidadores e conjuntamente iniciar o tratamento odontológico sem sedação ou apenas com sedação oral, sem o uso de contenção (DITTERICH et., al 2009).

Em suma, o êxito no tratamento odontológico de PcD e, conseqüentemente, na manutenção da saúde bucal dos mesmos, depende não apenas do conhecimento de quais comportamentos são considerados normais, mas também da natureza de todas as alterações manifestadas. Depende, do mesmo modo, da harmonia e confiança estabelecida no relacionamento entre pais e profissionais (OLIVEIRA et al., 2008).

## **5 CONCLUSÃO**

Com o passar do tempo, o atendimento odontológico humanizado à PcD vem se estabelecendo e tem se mostrado um pilar essencial para o bem-estar e qualidade de vida desses indivíduos. O que se pode perceber é que a abordagem humanizada na área da odontologia é um fator fundamental para criar uma experiência de tratamento mais positiva, respeitosa e inclusiva.

Tendo em vista um referencial teórico humanizado, o acolhimento, a escuta ativa, o diálogo e o respeito são perfeitamente possíveis de serem empregados e

devem estar associados ao desenvolvimento das aptidões de comunicação verbal e não verbal e da capacitação dos cirurgiões-dentistas.

Com base na literatura, fica evidente a importância dos cuidados preventivos e a necessidade de promoção da saúde da PcD, fatores primordiais para sua inclusão social, uma vez que estes garantem um alto nível de sucesso no atendimento odontológico.

Para o cuidado completo do paciente, deve-se elaborar um plano de tratamento apropriado, assim como estabelecer uma conexão com a equipe multidisciplinar. É fundamental criar um protocolo de atendimento odontológico para a PcD, obedecendo as etapas de condicionamento e humanização, porém tendo em mente que é necessário ofertar um tratamento personalizado, levando em consideração as necessidades individuais de cada paciente.

Em síntese, o estabelecimento de vínculos afetivos deve fazer parte da dinâmica do cuidado da PcD, uma vez que confere confiança ao paciente e seus familiares.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, S. M. H. C. A.; GONÇALVES, M. Odontologia para pacientes portadores de necessidades especiais. **J Bras Odonto-Psicol Odontol Pacientes Espec**, v. 1, n. 6, p. 502, 2003.

ALEKSANDROWICZ, Ana Maria C.; DE SOUZA MINAYO, Maria Cecília. Humanismo, liberdade e necessidade: compreensão dos hiatos cognitivos entre ciências da natureza e ética. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 513-526, 2005. ISSN: 1413-8123. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010302>. Acesso em:

15 mai. 2023.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P.; PUGGINA, A. C. G. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 419-425, 2007.

BACELLAR, A.; ROCHA, J. S. X.; FLÔR, M. S. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. **Revista NUFEM**, v. 4, n. 1, p. 127-140, 2012.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** 1990.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartas dos direitos dos Usuários da Saúde.** Ministério da Saúde: Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde: O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS - acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.** Brasília: MS; 2001

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 15 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 05 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização.** Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Pró-saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial.** Brasília, 2009. p. 88. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_nacional\\_reorientacao\\_profissional\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_reorientacao_profissional_saude.pdf). Acesso em: 18 abr, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 2). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf). Acesso em: 25 fev. 2023.

BOTTAN, Elisabete Rabaldo et al. Cirurgião-dentista ideal: perfil definido por crianças e adolescentes. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 6, n. 4, p. 381-386, 2009.

CANALLI, Cláudia da Silva Emílio et al. A humanização na Odontologia: uma reflexão sobre a prática educativa. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 68, n. 1, p. 44, 2011.

CANALLI, C. S. E. et al. Humanização na relação cirurgião-dentista – paciente. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 220-225, set./dez. 2012.

CARRASCO, D.; BUSTOS, A.; DÍAZ, V. Orientación empática en estudiantes de odontología chilenos. **Revista Estomatológica Herediana**, v. 22, n. 3, p. 145-151, 2012.

CARVALHO, C. A. P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 2, p. 93-98, 2008.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 219-226, 2012.

CASTILHO LS de et al. Considerações sobre a humanização do atendimento odontológico a pacientes com deficiências de desenvolvimento a partir de um projeto de extensão. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, v. 5, n. 1, p. 19-25, 2014. Disponível em: < <https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/RBEU/article/view/1095>>. Acesso em: 20 mar. 2023.

CERVO. A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica.** 4 ed. São Paulo: Makron Books, 1996. 49p.



CIANETTI, S.; LOMBARDO, G.; LUPATELLI, E.; PAGANO, S.; ABRAHA, I.; MONTEDORI, A.; CARUSO, S.; GATTO, R.; DE GIORGIO, S.; SALVATO, R. Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. **European Journal of Paediatric Dentistry**, v. 18, n. 2, p. 121-130, jun. 2017. doi: 10.23804/ejpd.2017.18.02.07. PMID: 28598183

COLARES, Viviane et al. Medo e/ou ansiedade com fator inibitório para a visita ao dentista. **Arquivos de Odontologia**, p. 59-72, 2004

DARTIGUELONGUE, Juan B.; CAFIERO, Pablo J. Communication in health care teams. **Archives of Argentine Pediatrics**, Buenos Aires, v. 119, n. 6, p. e589-e593, Dec. 2021. English, Spanish. DOI: 10.5546/aap.2021.eng.e589. PMID: 34813238.

DESLANDES, Suely Ferreira. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

FALCONE, E. M. O.; GIL, D. B.; FERREIRA, M. C. Um estudo comparativo da frequência de verbalização empática entre psicoterapeutas de diferentes abordagens teóricas. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 4, p. 451-461, 2007.

FIELDS, S. K.; HOJAT, M.; GONNELLA, J. S.; MANGIONE, S.; KANE, G.; MAGEE, M. Comparison of nurse and physicians on an operational measure of empathy. **Evaluation & the Health Professions**, v. 27, n. 1, p. 80-94, 2004.

FIGUEIREDO, Márcia C.; LEONARDI, Francesca; ECKE, Veridiana. Avaliação do perfil dos pacientes com deficiência atendidos na Faculdade de Odontologia da UFRGS. **Revista da AcBO-ISSN 2316-7262**, v. 5, n. 1, 2016.

FURLIN, N. A relação entre Estado e sociedade no processo de institucionalização das políticas de gênero no Brasil e Chile. **Revista Brasileira de Ciência Política**, [S. l.], n. 32, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbcp/article/view/33716>. Acesso em: 24 jul. 2023.

FONSECA, Alexandre Luiz Affonso et al. Análise qualitativa das percepções de cirurgiões-dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 208-216, ago. 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822010000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000200004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 24 mai. 2023.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p. 30-35, set/dez 2004.

GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. P.; MACEDO, L.; MACEDO, V. Dental treatment: information's transmitted at patients and causes of dissatisfaction. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 37, n. 2, p. 177-181, 2008.

GUERRA, C. T.; BERTOZ, A. P. de M.; FAJARDO, R. S.; ALVES REZENDE,

M. C. R. Reflexões sobre o conceito de atendimento humanizado em Odontologia. **Archives of Health Investigation**, [S. l.], v. 3, n. 6, 2015. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/72>. Acesso em: 24 jun. 2023

HOFFMAN, M. L. Personality and social development. **Annual Review of Psychology**, v. 28, p. 295-321, 1977

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2010**, resultados preliminares da amostra. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados\\_preliminares\\_amostra/default\\_resultados\\_preliminares\\_amostra.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares_amostra/default_resultados_preliminares_amostra.shtm). Acesso em: 16 mar. 2023

KESSAMIGUIEMON, Valdir Gustavo Gonçalves; OLIVEIRA, Kaiqui Dal Cool; BRUM, Sileno Corrêa. TEA-Atendimento odontológico: relato de caso. **Revista Pró-UniversUS**, v. 8, n. 2, p. 67-71, 2017.

LAZZARIN, Helen Cristina; NAKAMA, Luiza; CORDONI JÚNIOR, Luiz. O papel do professor na percepção dos alunos de odontologia. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 90-101, 2007.

LIMA, C. C.; GUZMAN, S. M.; DE BENEDETTO, M. A. C.; GALLIAN, D. M. C. Humanidades e humanização em saúde: A literatura como elemento humanizador para graduandos da área da saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 48, p. 139-150, 2014. doi: 10.1590/1807-57622013.0708

LOPES, A. S. **Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família**. Natal, 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

MARTÍN, J.P. Filosofia y política em los inicios de La filosofía. **Circe de Clásicos y Modernos**, v.9, p.137-155, 2004.

MELO, Eduardo Alves et al. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Atenção Básica**. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: [Ministério da Saúde], 2000.

MITRE, Sandra Maria; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, ago. 2012. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012000800018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012000800018&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 17 fev. 2023.

MOTA, L. de Q.; FARIAS, D. B. L. M.; SANTOS, T. A. dos. Humanização no atendimento odontológico: acolhimento da subjetividade dos pacientes atendidos por alunos de graduação em Odontologia. **Arquivos em Odontologia**, [S. l.], v. 48, n. 3, 2016. DOI: 10.7308/aodontol/2012.48.3.05. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivoemodontologia/article/view/3605>. Acesso em: 24 mai. 2023

MS (Ministério da Saúde) 2000. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília.

NOVAES, M. S. P. **Atenção odontológica integral a deficientes auditivos: uma proposta** [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1997.

NORA, Carlise Rigon Dalla; JUNGES, José Roque. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 1186-1200, 2013.

NUNES, R. Prevalência de alterações bucais em pessoas com deficiência na clínica da universidade do extremo sul catarinense. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, 29 (2), 2017 118-128.

ONU (Organização das Nações Unidas). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por> . Acesso em: 17 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: **Declaração de Alma-Ata**, 1978. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de saúde, 2006: trabalhando juntos pela saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, OMS, 2007. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/i\\_capa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/i_capa.pdf)>. Acesso em: 4 mar. 2023.

PEREIRA, A. D.; FREITAS, H. M. B.; FERREIRA, C. L. L.; MARCHIORI, M. R. C. T.; SOUZA, M. H. T.; BACKES, D. S. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.31, n.1, p.55-61, 2010.

PETRY, L. C. O conceito de novas tecnologias e a hipermídia como uma nova forma de pensamento. **Cibertextualidades**, v. 1, n. 1, p. 110-125, 2006.

PINI, D. M.; FRÖHLICH, P. C.; RIGO, L. Oral health evaluation in special needs individuals. **Einstein (São Paulo)**, v. 14, n. 4, p. 501-507, Oct-Dec. 2016. DOI: 10.1590/S1679-45082016AO3712. PMID: 28076597; PMCID: PMC5221376.

POSSOBON, F.C; MORAES.K e COSTA, A. A. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. **Psicologia em Estudo**, 12, 2007. doi: 10.1590/S1413-73722007000300018.

QUEIROZ, F.S. Avaliação das condições de saúde bucal de Portadores de Necessidades Especiais. **Revista de Odontologia da UNESP**, 43 (6), 396-401.2014

RECH, C. M. F. **Humanização hospitalar: o que pensam os tomadores de decisão a respeito?** São Paulo, 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

RIBEIRO C. R. O. **O conceito de pessoa na perspectiva da bioética secular: uma proposta a partir do pensamento de Tristram Engelhardt.** São Paulo, 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

SAITO FERNANDES, Solange Kátia; MARTINS COUTINHO, Ana Carolina; LEMOS PEREIRA, Emiliane. Avaliação do perfil socioeconômico e nível de satisfação dos pacientes atendidos em clínica integrada odontológica universitária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 2, p. 137-143, 2008. ISSN: 1806-1222. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40811362009>. Acesso em: 06 mai. 2023.

SANTOS, M. J. P.; AGUIAR, S. M. H. C. A. Art in the inclusion of children with special needs in dentistry. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 747-753, 2011

SANTOS, T. D. N. **Perspectivas de abordagem a criança com Síndrome de Down: uma revisão integrativa da literatura.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Enfermagem, 2014.

SCHNEIDER, Luana Roberta; PEREIRA, Rui Pedro Gomes; FERRAZ, Lucimare. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 594-605, 2018.

SILVA, M. C. B. et al. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1237-1246, 2007.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2002.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 16, p. 439-444, 2007.

SOUZA, Aline Corrêa de et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, vol. 26, n. 2, p. 147-153, ago. 2005.

TADEI, A. S.; MENDONÇA, T. M. F.; MENDEZ, T. M. T. V. Doença periodontal em pacientes com síndrome de Down. In: II Encontro Latino Americano de Pós-Graduação da Universidade do Vale do Paraíba. **Anais...**, Paraíba, 2007. p. 1307-1311.

UGALDE, Ingrid R.; BULBOA, Rossana A.; ARANCIBIA, Ana Z.; NARVÁEZ, Vanessa P. D. Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología. **Salud Uninorte**, 2011; 27 (1): 63-72.

VERÍSSIMO, Aretha Heitor; AZEVEDO, Isabelita Duarte; RÊGO, Delane Maria. Perfil Odontológico de pacientes com necessidades especiais assistidos em hospital pediátrico de uma universidade pública brasileira. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 13, n. 4, p. 329-335, 2013.

WALDOW, Vera Regina. O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: **Vozes**, 2004.

WEDDELL, Jonathan C.; MCKOWN, C. George; SANDERES, Bruce J. Problemas dentários da criança deficiente. In: MCDONALD, Ralph E.; AVERY, David R. **Odontopediatria**. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 404-44.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família**. São Paulo, 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.