

FRANK LEONE DE BESSAS SANTOS

**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL PARA PORTADORES DE
DEFICIÊNCIA MENTAL**

FORMIGA/MINAS GERAIS

2010

FRANK LEONE DE BESSAS SANTOS

**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL PARA PORTADORES DE
DEFICIÊNCIA MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

FORMIGA/MINAS GERAIS

2010

FRANK LEONE DE BESSAS SANTOS

**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL PARA PORTADORES DE
DEFICIÊNCIA MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

Banca Examinadora

Prof^ª. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

UFMG

Prof^ª. Maria José Cabral Grillo

UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, 20/11/2010

Dedico este trabalho a todos os Portadores de Necessidades Especiais com o qual convivo diariamente em meu trabalho e que me instigaram a ampliar meus conhecimentos teóricos nesta área.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Ana Cristina Borges de Oliveira, pela orientação e incentivo.

À Profa. Karine Siqueira Cabral Rocha pelas dicas e apoio nos momentos complicados.

A todos os demais Professores do Curso de Especialização em Atenção Primária em Saúde da Família, que direta ou indiretamente auxiliaram na realização deste trabalho.

Aos meus pais José Levi e Ivone, meus irmãos Guilherme e Leandro e minha sobrinha Laura que partilham de minha felicidade na conclusão deste trabalho.

Aos grandes e melhores amigos: Rafael, Célio e Petrônio que torcem por mim e me apóiam nos momentos decisivos de minha vida.

Aos meus amigos e parceiros de curso de Lagoa da Prata: Maria das Graças, Reinaldo, Luíza, Maria Augusta e Lívia pela paciência, ótimas conversas e excelentes *happy hours*.

**“Dizem que sou louco por pensar assim
Se eu sou muito louco por eu ser feliz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz!
(...)
Eu juro que é melhor
Não ser o normal!”**

Balada do louco
(Arnaldo Baptista / Rita Lee)

RESUMO

Existe um grande número de portadores de deficiência mental no Brasil que ainda vive em condições precárias de saúde bucal. As políticas de saúde reorientaram o modelo assistencial, porém ainda há um longo caminho a percorrer no que se refere à saúde bucal desses indivíduos. O atendimento odontológico aos portadores de deficiência mental deve ser feito de forma criteriosa na atenção básica. Priorizando, sem prejuízo das ações curativas, as ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde. Sendo as doenças cárie e periodontal prevalentes nessa população devido às dificuldades ou falta de higienização, deve-se dar ênfase as ações de escovação supervisionada e educação em saúde bucal. Neste estudo buscou-se conhecer a situação da saúde bucal para deficientes mentais na atenção primária através de uma revisão narrativa da literatura. Espera-se contribuir para a implantação de programas educativos e preventivos nas unidades básicas de saúde.

Palavras-Chave: Saúde mental. Saúde bucal. Pessoas com deficiência.

ABSTRACT

A great number of carrying persons with mental deficiency in Brazil exists who still live in precarious conditions of buccal health. The politics of health had reoriented the assistencial model, however still it has a long way to cover as for the buccal health of these patients. The buccal health attendance to the carriers of mental deficiency it must be in the basic attention. Prioritizing, without damage of the to cure actions, the actions directed toward the prevention and promotion of the health. Being the caries and the prevalent illnesses of the soft part of the mouth in this population due to the difficulties or lack of hygienic cleaning, it must be given to emphasis the actions of supervised to brush and education in buccal health. In this study one searched to know the situation of the buccal health for deficient mental in the primary attention through a revision narrative of literature. One expects to contribute for the implantation of educative and preventive programs in the basic units of health.

Key-words: Mental health. Buccal health. Disabled Persons.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	
OBJETIVOS	11
METODOLOGIA	12
REVISÃO DE LITERATURA	13
SEÇÃO 1- Aspectos gerais sobre a atenção a saúde mental no Brasil	13
SEÇÃO 2- Sobre a deficiência mental	15
SEÇÃO 3- Saúde bucal para portadores de deficiência mental	18
SEÇÃO 3.1- Condições de saúde bucal em deficientes mentais	18
SEÇÃO 3.2- Manejo de comportamento para atendimento odontológico aos indivíduos com deficiência mental	20
SEÇÃO 4- Atenção primária em saúde bucal para portadores de deficiência mental	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

INTRODUÇÃO

A preocupação dedicada à população de portadores de necessidades especiais (PNE) tem aumentado a cada ano no Brasil. A luta pela inclusão social, o respeito aos indivíduos especiais e as campanhas de acesso ao ensino e à saúde são temas que norteiam todos os estudos em defesa do indivíduo com necessidades especiais, dentre eles os portadores de deficiência mental.

Existe, por parte de muitas pessoas, uma confusão interna e externa quando se deparam com uma pessoa com deficiência, seja na vida profissional, seja na vida pessoal. Esse constrangimento, em grande parte, ocorre pela falta de informação em relação à deficiência em si e pelo respeito às nossas próprias limitações (VALERI *et al.*, 2005). A maneira, muitas vezes equivocada, com o qual nos referimos às pessoas com algum tipo de limitação pode expor a falta de conhecimento ou o preconceito que se tem em relação a elas. Assim, quaisquer termos pejorativos ou que causem constrangimento, dificultando um relacionamento baseado no respeito mútuo entre as pessoas, devem ser evitados.

Existem vários critérios destinados a classificar as pessoas com necessidades especiais. Dentre eles, merece destaque aquele que segue a orientação da Associação Internacional de Odontologia ao Portador de Necessidades Especiais (IADH), que classificou esses indivíduos em dez grupos, segundo os comprometimentos e/ou as áreas afetadas pela patologia que apresentam: desvios da inteligência, defeitos físicos, defeitos congênitos, desvios comportamentais, desvios psíquicos, deficiência sensorial e de audiocomunicação, doenças sistêmicas crônicas, doenças endócrino-metabólicas, desvios sociais e estados fisiológicos especiais (ELIAS, 1995).

Para fins de assistência odontológica, é considerado paciente com necessidades especiais todo indivíduo que apresente um limite tão acentuado no que se refere aos padrões de “normalidade” para o ser humano, que o impossibilite ou que demande uma abordagem diferenciada para se beneficiar da assistência odontológica convencional (MINAS GERAIS, 2006a).

Ao considerar-se especificamente o indivíduo com deficiência mental, verifica-se que a assistência odontológica ofertada a ele deve ter início na atenção primária à saúde,

norteado pela reorientação do modelo assistencial. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria N.º 1.444, de 28 de dezembro de 2.000, viabilizou a inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000) reforçando a necessidade de ampliação de acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal através da reorganização da atenção básica. Dentre as atribuições da equipe de saúde bucal, encontra-se a assistência aos portadores de necessidades especiais na atenção básica.

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, a atenção integral à saúde dessa clientela inclui a saúde bucal e a assistência odontológica (BRASIL, 2008). Segundo a Linha Guia de Saúde Bucal, a Unidade de Saúde de referência na atenção primária deve ser considerada a porta de entrada para a atenção ao PNE, sendo necessário que a equipe de saúde tenha conhecimento dos PNE de sua área de abrangência para prestação da atenção em saúde bucal o mais cedo possível principalmente no aspecto preventivo e educativo (MINAS GERAIS, 2006).

Na área de abrangência do PSF/Marília, onde atuo, encontra-se a instalação de um CAPS- Centro de Apoio Psicossocial que referencia os pacientes com necessidades odontológicas a nossa unidade. O atendimento contínuo aos pacientes portadores de deficiência mental gerou o questionamento de como se encontra atualmente a atenção básica frente a esta parcela da população.

Desse modo, conhecer a situação da atenção primária em saúde bucal para portadores de deficiência mental, através de uma revisão narrativa da literatura, poderá auxiliar no processo de trabalho da minha equipe de saúde bucal e de outras inseridas na atenção básica. Acredita-se que esse conhecimento poderá propiciar um impacto positivo nas condições de saúde bucal e na qualidade de vida das pessoas com deficiência mental.

Considerando-se os indivíduos com necessidades especiais, em particular os deficientes mentais, verifica-se a necessidade de estudos que sirvam de suporte para a implantação de programas preventivos e educativos que contribuam com o conhecimento da saúde bucal na atenção primária desta clientela.

OBJETIVO

Conhecer a situação da atenção primária em saúde bucal para indivíduos portadores de deficiência mental.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura por meio de artigos encontrados nas bases de dados Google Acadêmico, Biblioteca Virtual de Saúde Pública, Periódicos CAPES e *Scielo*, publicados entre os anos 2000 e 2010. Para isso foram utilizados os descritores Saúde Mental, Saúde Bucal e Portadores de Necessidades Especiais.

Foram incluídos, além dos artigos encontrados nas bases de dados, capítulo de livros, apostilas e manuais de orientação que indicassem sobre a atenção primária em saúde bucal para portadores de deficiência mental.

REVISÃO DE LITERATURA

SEÇÃO 1. Aspectos gerais sobre a atenção a saúde mental no Brasil

De acordo com Censo Demográfico de 2000 é possível constatar que 14,5% dos brasileiros foram considerados portadores de pelo menos alguma deficiência (IBGE, 2000). Com relação à deficiência mental, a porcentagem apresentada foi de 11,5%.

Fatores importantes relacionados ao PNE devem ser levados em consideração. Dentre eles destaca-se o rendimento familiar insuficiente apresentado por esta parcela da população: 29,0% dessas pessoas vivem abaixo da linha de miséria e com renda *per capita* abaixo de meio salário mínimo. Nos estados onde há um menor percentual de PNE, a renda média varia entre R\$ 570,00 e R\$ 903,00 e nos estados com maiores percentuais a renda média oscila entre R\$ 287,00 e R\$ 306,00. Cerca de 92,2% desses indivíduos moram em casa, sendo 9,6% em domicílios alugados, 72,0% em terreno próprio e 73,9% em domicílio próprio em aquisição, superior ao encontrado na população total (64,5%). Com relação ao sistema de coleta de lixo, quase 68,0% deles desfrutam desse serviço e 92,0% residem em domicílio com iluminação elétrica. O número de pessoas na família de uma PNE é 3,4, em média, maior do que nas famílias da população total, que é de 2,81. A renda familiar *per capita* é de R\$ 208,98, inferior da população total que é de R\$ 297,44. No quadro nacional de miséria, 32,0% da população possuem renda familiar *per capita* inferior a meio salário mínimo, sendo que na população de PNE é de 29,0% (FUNDAÇÃO BANCO DO BRASIL; FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 2010).

Nos últimos 30 anos o Brasil construiu um novo modelo assistencial calcado na desinstitucionalização dos pacientes asilados e na promoção da inclusão social. Neste processo, os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica foram determinantes na modificação das políticas públicas que alicerçam os novos paradigmas da assistência psiquiátrica no Brasil (PEREIRA; VIANNA, 2009).

De acordo com a Linha Guia de Saúde Mental, a atenção às pessoas com sofrimento mental, no âmbito da saúde pública, passou por mudanças concretas e profundas a partir do início dos anos 90, século passado, em todo o Brasil (MINAS GERAIS, 2006b). Hoje, vive-se um momento de transição. A hegemonia do modelo asilar

vai sendo, aos poucos, vencida por meio da construção contínua de uma rede de cuidados diversificada, complexa, comunitária e dinâmica, tornando-se crucial ao integrar, profundamente, a vida diária dos pacientes e da cidade. São 670 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), centenas de residências terapêuticas, ambulatórios de novo tipo, centros de convivência, programas de geração de renda e inclusão pelo trabalho, centros de saúde e equipes de saúde da família integrados ao acolhimento em Saúde Mental (MINAS GERAIS, 2006b).

O Ministério da Saúde estimulou ativamente, nos últimos anos, a inclusão de diretrizes que remetessem a dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental nas políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica. Essas diretrizes enfatizam a formação das equipes da atenção básica e o apoio matricial de profissionais de saúde mental junto às equipes. A partir de 2005, os indicadores de saúde mental passaram a fazer parte do elenco de indicadores da atenção básica. A estratégia de implementação das Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental foi articulada junto aos gestores e, cada vez mais, os municípios têm aderido a essa proposta. Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram inseridas na equipe de saúde da família com o papel de referência à especialidade e apoio à atenção integral da equipe generalista (BRASIL, 2007).

Na conformidade do ideário democrático, ao longo da Constituição Federal de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas portadoras de deficiência nos mais diferentes campos e aspectos (BRASIL, 2008). A partir de então, outros instrumentos legais foram estabelecidos, regulamentando os ditames constitucionais relativos a essa parcela da população. Merece destaque a Lei n.º 7.853/89 que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiências e a sua integração social, no que se refere à saúde e também a Lei n.º 8.080/90, chamada de Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade da assistência.

A Lei n.º 8.080/90 garante ainda, que a atenção integral à saúde das pessoas portadoras de deficiência inclua a saúde bucal e a assistência odontológica, acompanhada de procedimentos anestésicos e outros, em casos específicos. Esse atendimento deverá ser em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando a natureza da seqüela

assim o exigir. Será considerada parte integrante do processo de reabilitação a concessão de órteses e próteses, dado que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa com deficiência (BRASIL, 2008).

No Estado de Minas Gerais a Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, dispõe sobre a promoção da saúde e sobre a reintegração social do portador de sofrimento mental. Determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências (BRASIL, 2004).

Assim sendo, esta lei estadual faz saber, através de seus artigos 1º e 2º, o seguinte:

Art. 1º Toda pessoa portadora de sofrimento mental terá direito a tratamento constante de procedimentos terapêuticos, com o objetivo de manter e recuperar a integridade física e mental, a identidade e a dignidade, a vida familiar, comunitária e profissional.

Art. 2º Os poderes públicos estaduais e municipais, de acordo com os princípios constitucionais que regem os direitos individuais, coletivos e sociais, garantirão e implementarão a prevenção, a reabilitação e a inserção social plena de pessoas portadoras de sofrimento mental, sem discriminação de qualquer tipo que impeça ou dificulte o usufruto desses direitos (BRASIL, 2004, p. 37).

SEÇÃO 2. Sobre a deficiência mental

Em relação à deficiência mental, ao comparar a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID.10) (1993), que trabalha em critérios quantitativos, com o Diagnóstico Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-IV) (1994), percebe-se que ambos apresentam definições semelhantes o que pode ser observado no Quadro 1.

QUADRO 1 – Comparativo entre Classificação do CID.10¹ e DSM-IV

Classificação	CID.10	DSM-IV
Retardo Mental Leve	(F.70) – QI 50 e 69. Dificuldade de aprendizado na escola. Adultos: trabalhar e manter relacionamento social satisfatório; contribui com a sociedade	(F.79.9-317) – Categoria pedagógica dos educáveis ⁽¹⁾ . Desenvolvem habilidades sociais e de comunicação durante a pré-escola. Mínimo prejuízo sensorio-motor. Adolescentes: habilidade de 6ª série escolar. Adultos: adquire habilidade social e profissional adequada para custeio mínimo das próprias despesas. Podem viver sem problemas na comunidade, independente o supervisionado.
Retardo Mental Moderado	(F.71) – QI 35 e 49. Maioria aprende a desempenhar algum grau de independência (cuidados pessoais); adquire habilidade de comunicação acadêmica. Adulto: necessita de assistência para viver e trabalhar na comunidade.	(F.71.9-318.0) – Categoria dos treináveis ⁽²⁾ . Adquire habilidade de comunicação nos primeiros anos da infância. Com moderada supervisão podem cuidar de si mesmos. Adolescência: dificuldade nas convenções sociais. Adulto: capaz de executar trabalhos não qualificados ou semi-qualificados sob supervisão. Boa adaptação na vida em comunidade, geralmente supervisionado.
Retardo Mental Grave/Severo	(F.72 Retardo mental grave) – QI 20 e 40. Necessita de assistência contínua.	(F.72.9-318.1 – Retardo mental severo). 3 a 4% dos indivíduos com retardo mental. Infância: pouca ou nenhuma fala comunicativa. Fase escolar: pode aprender a falar e ser treinado em habilidades básicas de higiene. Adulto: executar tarefas simples sob supervisão. Adaptação boas à vida em comunidade.
Retardo Mental Profundo	(F.73) – QI abaixo de 20. Limitações graves quanto aos cuidados pessoais, continência, comunicação e mobilidade.	(F.73.9-318.2). 1 a 2% dos indivíduos com retardo mental. Condição neurológica como responsável pelo retardo mental. Infância: prejuízos no funcionamento sensorio motor. Habilidades de higiene e comunicação podem melhorar com treinamento apropriado. conseguem executar tarefas simples em contextos obrigados -estreita supervisão. São os dependentes ⁽³⁾ .
Retardo Mental Inespecífico	Quando existe forte suposição de retardo mental, porém, não se pode utilizar o teste de maneira adequada.	

Fonte: Associação Americana de Psiquiatria (1995).

De acordo com a Linha Guia de Saúde Bucal, o retardo mental, compreendido como síndrome comportamental, tem como características o prejuízo da função intelectual e das habilidades adaptativas. A maioria dos indivíduos com deficiência mental consegue ser independente em atividades diárias, necessitando, porém, de supervisão durante toda a vida (MINAS GERAIS, 2006a).

¹ QI entre 76 e 89 podem permanecer em classes comuns necessitando de acompanhamento psicopedagógico especial; ²QI entre 25 e 75 crianças em classes especiais poderão treinar várias funções; ³QI abaixo de 25 casos graves atendimento em instituições.

Os indivíduos acometidos com um grau mais severo de deficiência mental são geralmente acompanhados de desenvolvimento motor deficiente, comprometimento da visão e audição, crise convulsiva, deficiências sensoriais e cardiopatias (MINAS GERAIS, 2006a).

Atualmente o diagnóstico do deficiente mental é realizado pela observação do funcionamento de suas habilidades adaptativas, levando-se em consideração os prejuízos no funcionamento adaptativo, e não o QI. Desta maneira, deixa-se de utilizar a terminologia leve, moderada, severa e profunda, para diagnosticar a necessidade de apoio que o indivíduo tem em alguma habilidade adaptativa, sendo esta observação importante para as pessoas envolvidas no tratamento e na prestação de serviços a estes pacientes. A importância da classificação quanto à necessidade de apoio possibilita o crescimento de acordo com suas potencialidades nas habilidades adaptativas que foram afetadas, possibilitando aplicar noções de “rejeição zero”. O funcionamento intelectual e o comportamento adaptativo são duas áreas avaliadas neste contexto, onde a primeira refere-se à capacidade do indivíduo em resolver problemas e adquirir conhecimentos e, a segunda, à capacidade de se adaptar e interagir com seu ambiente de acordo com seu grupo etário e cultural (VARELLIS, 2005).

De acordo com Sasaki (2005) alguns termos utilizados e traduzidos do inglês ou espanhol, devem ser analisados. Historicamente, o termo mais referenciado tem sido deficiência (*disability*), o que resulta de um impedimento (*impairment*), o qual pode ser traduzido com impedimento, limitação, perda ou anormalidade, numa parte ou função do corpo humano, o que está de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, deficiência e Saúde (CIF). O conceito de deficiência não pode ser confundido com incapacidade (*handicap*). Para Sasaki (2005), incapacidade é “[...] um estado negativo de funcionamento da pessoa, resultante do ambiente humano e físico inadequado ou inacessível, e não em tipo de condição, ou seja, situação de desvantagem imposta às pessoas com deficiência.” De acordo com o autor, existe uma tendência mundial de se utilizar o termo deficiência intelectual e não deficiência mental, que é mais apropriado por dois motivos: o termo intelectual refere-se ao funcionamento do intelecto e não ao da mente como um todo e distingue melhor deficiência mental de doença mental.

SEÇÃO 3. Saúde bucal para portadores de deficiência mental

A boca é um órgão que, além de importante para a alimentação, está ligado fundamentalmente ao processo de socialização. Através da boca nos relacionamos com as pessoas e com o mundo, utilizando a fala, a aparência, o beijo, o prazer de saborear os alimentos e o sorriso. Problemas bucais podem causar dor, infecção, dificuldade em falar ou mastigar, limites na alimentação, ausência da escola e aparência ruim, problemas esses que podem influenciar na saúde geral, nos estudos, no trabalho, na vida social e na qualidade de vida. A falta de acesso aos meios para manter a saúde bucal pode significar um processo de exclusão social (MINAS GERAIS, 2006a).

SEÇÃO 3.1. Condições de saúde Bucal em deficientes mentais

As doenças bucais mais prevalentes nos pacientes portadores de deficiência mental são a cárie e a doença periodontal, sendo esta última decorrente de problemas de ordem local, geral, podendo também estar modulada, pela utilização rotineira de medicamentos psicoativos, destacando-se os anticonvulsivantes. A saúde bucal desses indivíduos, independente do modelo assistencial psiquiátrico ao qual estão submetidos, deve ser avaliada criteriosa e periodicamente, haja vista que a condição bucal interfere na saúde mental (CARVALHO; ARAÚJO, 2004).

Avaliando o perfil odontológico dos PNE atendidos no Instituto de Previdência do Estado do Ceará verificou-se que, dos 161 pacientes avaliados, 58 apresentavam “Problemas ou Desvios de Inteligência”, 52 “Problemas de Motricidade”, 9 “Problemas de Audiocomunicação”, 4 “Doenças Sistêmicas”, 19 “Problemas de Conduta e Desvios Sociais” e, 19 “Problemas Associados”. Em relação aos 58 pacientes com “Problemas de Inteligência” (maior parte), 10 (17,2%) apresentavam higiene bucal “boa”, 17 (29,3%) “regular” e 31 (53,5%) “péssima” (SAMPAIO *et al.*, 2004).

Para Toledo e Bezerra (2005), os problemas odontológicos são freqüentes entre portadoras de deficiência mental. A prevalência de cárie dentária e gengivite muitas vezes é alta. A incapacidade para manter uma higiene bucal adequada corrobora para explicar o índice elevado dessas ocorrências. A esse fator etiológico podem, entretanto, somarem-se outros, como respiração bucal, anomalias de oclusão, dieta cariogênica e efeito de medicamentos.

Pezzementi e Fisher (2005) coletaram dados preliminares das disparidades de saúde bucal de indivíduos com deficiência mental associado ao nível de pobreza na região sudeste dos Estados Unidos, considerada a região mais pobre do país. Foram examinados 12.099 atletas durante as Olimpíadas Especiais, sendo 1.891 de sete estados do sudeste dos Estados Unidos (Alabama, Arkansas, Flórida, Lousiana, Carolina do Sul, Tennessee e Virgínia do Leste). A média de idade dos examinados era de 21 anos.

Os autores identificaram a presença de gengivite, de dentes cariados, de molares perdidos, de dentes selados e restaurados e também de uma necessidade de procedimentos de urgência. A prevalência de gengivite foi maior nos estados mais pobres que a média nacional (Lousiana 44,9%; Alabama 47,2%; Arkansas 40,4%; Carolina do Sul 53,1% e média nacional de 40,1%). Com relação a dentes cariados, a média maior foi encontrada na região sudeste (36,5%) sendo acima da nacional (28,2%).

A prevalência de molares perdidos foi menor na região sudeste que em âmbito nacional, 18,1% e 19,2%, respectivamente. Quanto à presença de selantes, caracterizando o acesso a cuidados preventivos, apenas 8,1% dos atletas o apresentavam. Também foi menor a presença de restaurações (49,8%) se comparado à média nacional (58,1%). A necessidade de tratamento foi menor na média nacional (8,4%) do que nos atletas da região sudeste.

Quando comparado o quadro de saúde bucal com o estado de pobreza, os autores observaram que atletas de estados muito pobres apresentavam duas vezes mais chance de terem gengivite e três vezes maior chance com relação à perda de molares permanente, como resultado da doença do que em atletas de estados menos pobres. O mesmo aconteceu quando se analisou a presença de selante e restaurações. Atletas de estados muito pobres apresentavam três vezes menos chance de tê-lo e 1,6 vezes de ter pelo menos uma restauração.

Para Faulks e Hennequim (2000) a prevalência das doenças cárie e periodontal em portadores de deficiência mental é resultado de múltiplos fatores, incluindo idade, grau de comprometimento mental, e higiene bucal. Muitas pessoas com deficiência apresentam, freqüentemente, uma higiene bucal deficiente. Fatores locais como macroglossia, maloclusão, morfologia dos dentes, função mastigatória anormal e bruxismo foram citados como agravantes desse quadro. Além disso, um grande número de pessoas portadoras de deficiência mental faz uso contínuo de drogas sedativas, ansiolíticas, anticonvulsivantes e

outras. Muitos desses medicamentos contêm açúcar em sua composição. Alguns promovem hiperplasia gengival e outros apresentam o efeito de reduzir a salivagem normal do paciente. Certos pacientes costumam permanecer com o alimento parado na cavidade bucal por bastante tempo, propiciando um maior risco de cárie.

Além do conhecimento das técnicas preventivas e cirúrgico-restauradoras, o cirurgião-dentista necessita conhecer seu paciente, sua história e seu núcleo familiar. Deste modo, o atendimento odontológico será realizado dentro do contexto daquele indivíduo, respeitando as suas limitações e as características e percepções de sua família (ABREU *et al.*, 2002). No Brasil, os cirurgiões-dentistas sentem-se, em geral, inseguros em relação ao atendimento clínico de pessoas com deficiência. Este sentimento deve-se à carência de conhecimentos específicos nessa área, pois, nos cursos universitários, ainda são escassas as informações a esse respeito (OLIVEIRA *et al.*, 2001).

SEÇÃO 3.2. Manejo de comportamento para atendimento odontológico aos indivíduos com deficiência mental

De acordo com Faulks e Hennequin (2000), os empecilhos mais comuns no tratamento odontológico de portadores de deficiência incluem: ansiedade dos pais; apreensão dos pais quanto à aceitação; incapacidade dos pais deficientes em comunicar um problema dentário; diferença de opinião entre pais e profissionais da necessidade ou não do tratamento.

As técnicas de manejo de comportamento visam estabelecer uma boa comunicação com o paciente, educar e orientá-lo a cooperar durante o tratamento odontológico, construir uma relação de confiança, prevenir e aliviar o medo e a ansiedade. O primeiro contato com a equipe de saúde bucal pode ser realizado para o desenvolvimento de um clima de confiança. Nesse contato, é importante que os profissionais envolvidos entendam que a família dos pacientes é uma grande aliada. O estado emocional da equipe e o entrosamento dos componentes, bem como o ambiente de trabalho, vão influenciar o comportamento do paciente. Após o estabelecimento desse vínculo, é indicada a aplicação da técnica de introdução, gradual e simbólica, dos estímulos da situação odontológica fora do ambiente odontológico. Apesar de, em alguns momentos, o cirurgião-dentista estar à frente dos procedimentos, o envolvimento dos profissionais auxiliares é de extrema importância, visto que o trabalho é da equipe (PINTO, 2007).

Para Toledo e Bezerra (2005), da mesma forma que para pacientes normais, deve-se tentar o condicionamento psicológico do paciente especial para que se obtenha sua cooperação, antes de quaisquer outros recursos. A contenção física ou química somente deve ser utilizada diante da ineficiência dos métodos psicológicos. Constituem exceção os casos de deficiência mental profunda, nos quais o baixo nível intelectual impossibilita qualquer aproximação inteligente. Sabedores da grande ansiedade e preocupação dos pais desse tipo de criança, eles devem receber, previamente, uma explicação sobre o que será realizado no consultório, quaisquer que sejam os métodos de escolha para o manejo do paciente.

Oliveira *et al.* (2007) analisaram a aceitação de 209 pais/responsáveis de crianças/adolescentes, com idade inferior a 15 anos e portadores de deficiência mental, da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Belo Horizonte-MG e de Lagoa da Prata-MG em relação às técnicas de contenção utilizadas durante o atendimento odontológico. Os autores verificaram que diferentes fatores influenciaram a aceitação destes pais/responsáveis quanto à aceitação de cada uma das técnicas, mostrando a importância do profissional estabelecer sua maneira de abordagem considerando a individualidade de cada paciente e família.

SEÇÃO 4. Atenção primária em saúde bucal para portadores de deficiência mental

Desde a inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) através do Ministério da Saúde, por meio da Portaria N.º 1.444, de 28 de dezembro de 2.000 são inegáveis, porém ainda incipientes, os avanços alcançados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Talvez aí resida o grande desafio à incorporação das Equipes de Saúde Bucal no PSF. O desafio de tornar as ações em saúde bucal um direito a todos os cidadãos brasileiros, independentemente da idade, escolaridade ou classe social. Um desafio anterior à própria formulação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que traz nada além de uma maneira, uma forma de organizar a atenção básica à saúde, consolidando nas ações da prática em saúde bucal, no nível da atenção básica, a validação dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso porque a própria forma de se pensar a saúde bucal em saúde pública passa pela mudança de enfoque da Odontologia Preventiva e Social para a Saúde Bucal Coletiva. Decididamente não é apenas uma mudança semântica. Constitui-se num novo paradigma para os profissionais da saúde

bucal, sendo imprescindível que no bojo de sua discussão se almeje a consolidação da cidadania brasileira (SILVEIRA FILHO, 2002).

A porta de entrada para o SUS, dos PNE em geral e, neste caso, para a pessoa com deficiência mental, deve ser a atenção primária em saúde. Para facilitar o processo de trabalho direcionado a esta clientela, no Estado de Minas Gerais foi estabelecida uma Linha Guia de Saúde Bucal cujos passos podem servir de orientação na criação de protocolos, como se pode observar no Anexo 1 (MINAS GERAIS, 2006a).

É importante relacionar a saúde bucal com outras áreas de atuação na atenção básica quando se trata de atendimento à pacientes especiais (CORDEIRO, 2007). As condições sistêmicas são de importância na prática odontológica tanto para a condução das intervenções clínicas quanto pelas manifestações e alterações que podem acometer a cavidade bucal. Assim, o tratamento odontológico para estes pacientes deve ser planejado a partir do diagnóstico médico (suas implicações, complicações, tratamento, agravos associados e limitações), não restringindo as possibilidades terapêuticas odontológicas. O cuidado a ser observado pelo cirurgião-dentista, nessas circunstâncias, deve proporcionar uma assistência com segurança para o profissional e paciente somando ações que incluam o relacionamento interpessoal, a avaliação geral do paciente e a interação com outros profissionais da área de saúde.

No atendimento a pacientes com deficiência mental na atenção primária é essencial para o cirurgião-dentista saber identificar as principais síndromes psiquiátricas e o melhor encaminhamento em cada situação. O profissional precisa conhecer as principais indicações de psicotrópicos e seus principais efeitos colaterais; instituir abordagem não farmacológica quando indicada; em conjunto com o médico de família e o enfermeiro, gerenciar a situação clínica do paciente, coordenando os contatos com outros profissionais de saúde de forma a assegurar a continuidade dos cuidados; organizar a assistência à saúde bucal dos portadores de transtorno mental na unidade de saúde; capacitar e supervisionar os Técnicos de Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) no acompanhamento de pacientes com transtornos mentais; fazer prevenção de patologias bucais e reabilitação psicossocial em situações clínicas compatíveis a estas ações (PEREIRA; VIANNA, 2009).

Para Toledo e Bezerra (2005), o enfoque preventivo direcionado à odontologia na atenção primária não pode excluir os pacientes classificados como especiais. Todo atendimento odontológico dedicado aqueles indivíduos que, de alguma forma, colaboram

com o profissional, até aqueles que não oferecem possibilidade de cooperação, deve ser realizado dentro de uma prática preventiva.

A aplicação de medidas preventivas das doenças da boca sofre também a interferência dos desvios da normalidade, exigindo esforços de adaptação por parte do profissional e do pessoal auxiliar. Afinal, as mesmas condições que favorecem o agravamento dos problemas bucais nesses pacientes dificultarão, por vezes, o emprego de medidas preventivas (TOLEDO e BEZERRA, 2005). Os deficientes mentais, por exemplo, que costumam apresentar elevado índice de cárie e de gengivite, oferecem dificuldade, em grau variado, para execução de um programa de controle mecânico de placa, justamente pela falta de conscientização e de colaboração.

A higiene bucal precária e a má condição bucal registrada na maioria dos portadores de transtorno mental e comportamental estão relacionadas não só aos déficits intelectual e motor, como também ao nível de compreensão da importância da escovação dentária para a saúde bucal, que nesta população é baixo. A falta de cooperação destes indivíduos para a realização de sua higiene bucal também é um dado preocupante. Desse modo, a implementação de programas educacionais de saúde bucal direcionados a essa parcela da população aponta para a necessidade de integração da equipe multiprofissional envolvida, e não só para o cuidado destinado a esses indivíduos, como também em colaborar para o resgate de sua cidadania (CARVALHO e ARAÚJO, 2004).

De acordo com Bussadori *et al.* (2004), a prevenção das doenças bucais é definitivamente mais significativa que o tratamento de suas conseqüências. Dentre as medidas preventivas estão o controle mecânico da placa dental e a utilização de agentes quimioterápicos bactericidas e bacteriostáticos, onde tanto o flúor quanto a clorexidina possuem efeito significativo sobre as bactérias bucais, principalmente *S. mutans*.

Os princípios para a promoção da saúde incluem o desenvolvimento de habilidades pessoais, a ação comunitária, as políticas públicas saudáveis, a existência de um ambiente de apoio adequado e a reorientação dos serviços de saúde. Os locais onde as pessoas vivem e trabalham, seus espaços sociais, as cidades, são os locais ideais para se propor idéias e ações que apoiem escolhas positivas e saudáveis. Os determinantes do comportamento humano, os valores culturais e os hábitos de vida da sociedade devem ser observados. Os indivíduos devem ser atingidos nos locais onde se encontram e constroem seus relacionamentos, partindo da compreensão de sua experiência de vida, seu vocabulário, seus temores, esperanças e anseios frente à saúde. A reorientação do serviço é

fundamental, mas não basta, nunca vamos conseguir solucionar os problemas sem a participação da comunidade (PALMIER *et al.*, 2008).

O número significativo de portadores de deficiência intelectual no Brasil e suas condições nos revelam a necessidade de estudos que sirvam de suporte para a implantação de programas preventivos e educativos e que contribuam com o conhecimento da saúde bucal na atenção primária desta clientela.

Quando nos deparamos com uma pessoa com deficiência, especialmente deficiência mental, é comum sentirmos certa insegurança ou constrangimento, talvez pelo nosso despreparo ou carência de informação em relação ao modo de lidar com estes pacientes (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2001). Uma relação baseada no respeito mútuo, sem conceitos pré-estabelecidos, onde nos mostramos abertos a aprender, ensinar e, sobretudo, compartilhar experiências e informações pode ser a chave para o sucesso na criação de um vínculo que facilitará o atendimento dessa clientela.

A saúde mental passou por momentos históricos decisivos nos últimos anos no Brasil. Movimentos como a Reforma Psiquiátrica, que transformam a hegemonia do modelo asilar em uma construção contínua de uma rede de cuidados diversificados almejando a promoção da saúde e inclusão social (MINAS GERAIS, 2006b; UFMG, 2009). Foram feitas grandes conquistas na reformulação do processo de trabalho para portadores de transtornos mentais. Políticas públicas de saúde estimularam ativamente, nos últimos anos, a inclusão de ações estratégicas para a reorientação do modelo de saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2004; 2007; 2008). A seguridade dos direitos das pessoas portadoras de deficiência mental evidencia a busca pela inclusão social e o respeito a estes pacientes.

Existem varias classificações e terminologias para transtornos mentais. Segundo a IADH poderíamos associar a esta categoria as pessoas com desvio da inteligência, desvios comportamentais, desvios psíquicos e desvios sociais (ELIAS, 2005). O CID.10 e o DSM-IV também estabelecem definições que se assemelham, classificando os transtornos mentais em: retardo mental leve, moderado, severo, profundo e inespecífico (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995). Porém, apesar do termo deficiência mental ser oficialmente utilizado pela Organização das Nações Unidas, existe uma tendência em utilizar-se o termo deficiência intelectual, considerado menos pejorativo (SASSAKI, 2005). Além disso, tem-se observado o funcionamento das habilidades

adaptativas que ressaltam a capacidade de aprender do indivíduo, focando apenas os aspectos positivos (VARELLIS, 2005; VIGOTSKI, 2002).

A boca é um órgão que, além de importante para a alimentação, está ligado ao processo de socialização e a falta de acesso aos meios para manter a saúde bucal pode significar um processo de exclusão social (MINAS GERAIS, 2006a). Na população de portadores de deficiência intelectual a cárie e a doença periodontal são as doenças bucais mais prevalentes (FAULKS; HENNEQUIN, 2000; CARVALHO; ARAÚJO, 2004; PEZZEMENTI; FISHER, 2005; TOLEDO; BEZERRA, 2005). A dificuldade para manter uma higiene bucal adequada que leva a um acúmulo de placa bacteriana é a grande responsável pela alta prevalência de cárie e doença periodontal na população de deficientes intelectuais (FAULKS; HENNEQUIN, 2000; CARVALHO; ARAÚJO, 2004; TOLEDO; BEZERRA, 2005; SAMPAIO et al., 2004).

O atendimento odontológico à pessoa com deficiência mental deve ser realizado dentro do contexto daquele indivíduo, respeitando suas limitações e as características e percepções de sua família (ABREU *et al.*, 2002). E, para tanto, o manejo de comportamento durante o atendimento é uma ferramenta importante a ser considerada visando estabelecer uma boa comunicação com o paciente e sanar os anseios da família (CARR *et al.*, 1999, *Apud* OLIVEIRA *et al.*, 2007; PINTO, 2007; FAULKS; HENNEQUIN, 2000). Ainda assim, é importante averiguar a aceitação dos pais e/ou responsáveis em relação às técnicas de manejo comportamental, principalmente em relação à contenção, que deverão receber orientações prévias sobre vantagens e desvantagens (FAULKS; HENNEQUIN, 2000; TOLEDO; BEZERRA, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2007).

A equipe de saúde bucal foi inserida no PSF através da portaria Nº 1.444, de 28 de Dezembro de 2000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000) para viabilizar a reorientação do modelo assistencial em atenção básica na saúde bucal (SILVEIRA FILHO, 2002). Assim, a porta de entrada no SUS para o usuário portador de deficiência intelectual deve ser a atenção primária em saúde (MINAS GERAIS, 2006a).

O enfoque preventivo dado à odontologia na atenção primária deve ser estendida aos usuários com deficiência intelectual (TOLEDO; BEZERRA, 2005) já que a prevenção das doenças bucais é definitivamente mais significativa que o tratamento de suas conseqüências (BUSSADORI *et al.*, 2004). Para tanto é necessário um planejamento adequado que poderá ter como base uma importante ferramenta como a Linha Guia de Saúde Bucal (MINAS GERAIS, 2006a). Porém, devemos utilizar a linha guia apenas como

manual de orientação e não como norma rígida, devendo ser adequada a cada realidade distinta.

É necessário, nos cuidados odontológicos às pessoas com deficiência mental, na atenção primária, relacionar a saúde bucal com outras áreas do conhecimento e, apesar do cirurgião-dentista estar à frente dos procedimentos, o envolvimento de toda a equipe é de extrema importância (CORDEIRO, 2007; PINTO, 2007); ressaltando ainda a importância do respeito às individualidades do comportamento humano, os valores culturais, os hábitos e estilo de vida e, sobretudo, o princípio do controle social (PALMIER *et al.*, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após uma revisão da literatura foi possível conhecer um pouco sobre a situação atual da atenção primária em saúde bucal para os portadores de deficiência mental no Brasil. As políticas públicas de saúde alcançaram grandes conquistas na reorientação do modelo assistencial de trabalho referente aos direitos, ao respeito e a luta pela inclusão social dos deficientes mentais, porém ainda há um longo caminho a percorrer no que se refere aos cuidados com a saúde bucal dessa parcela da população.

O atendimento odontológico aos portadores de deficiência mental necessita ser feito de forma criteriosa na atenção básica priorizando, sem prejuízo das ações curativas, as ações voltadas para promoção da saúde, sobretudo aquelas de cunho preventivo. Sendo as doenças cárie e periodontal bastante prevalentes nesses indivíduos por diversas questões, como a falta de higienização ou a dificuldades de incorporação do hábito, deve-se dar ênfase as ações de escovação supervisionada e educação em saúde bucal.

A criação de protocolos como a Linha Guia de Saúde Bucal, proposta pelo Governo de Minas Gerais, é uma ferramenta importante para a orientação do trabalho, mas por si só não habilita os profissionais de odontologia aos cuidados com os portadores de deficiência mental. É preciso que cada indivíduo seja tratado dentro de seu contexto, de acordo com suas características individuais e seu comportamento. Para tanto, é importante um trabalho que envolva toda a equipe de saúde, integrando a saúde bucal com as demais especialidades.

No processo de socialização, é necessário reeducarmos nossa visão para que possamos olhar o deficiente mental não apenas com uma visão técnica focada na doença, mas sim com um olhar sensível onde a tolerância e o respeito prevaleçam na busca pela saúde integral de cada indivíduo.

Diante do número significativo de deficientes mentais no Brasil e do pouco acesso aos serviços de saúde bucal desta clientela, acredita-se que este estudo poderá servir de suporte para a implantação de programas educativos e preventivos nas unidades básicas de saúde, instigando os profissionais de saúde bucal a ampliarem seus conhecimentos e habilidades referentes ao atendimento aos portadores de necessidades especiais.

REFERÊNCIAS

- 01 ABREU, M.H.N.G.; PAIXÃO, H.H.; RESENDE, V.L.S. Portadores de paralisia cerebral: aspectos de interesse na Odontologia. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v.37, n. 1, p. 53-60, jan./jun. 2002.
- 02 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4 ed. Washingtons, DC; 1995.
- 03 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 04 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília. 2007. 85p.
- 05 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. (Série E. Legislação em Saúde).
- 06 BUSSADORI, S.K.; SILVA, P.E.; OLIVEIRA, T.C.; MOTTA, L.J. Uso de vernizes de flúor e de clorexidina na promoção de saúde bucal. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. Reg. Araçatuba**. 2004: 58(5):359-62.
- 07 CARVALHO, E.M.C; ARAÚJO, R.P.C. A Saúde Bucal em Portadores de Transtornos Mentais e Comportamentais. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v.4, n. 1, p. 65-75, jan./abr. 2004

- 08 CORDEIRO, R.C. Saúde Bucal e Outras Áreas de Atuação Estratégica Mínima da Atenção Básica: Considerações. In: ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS. **Saúde bucal: usuários com necessidades especiais e em condições especiais na atenção primária**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, 2007. pg 39-50.
- 09 ELIAS, R. **Odontologia de Alto Risco: pacientes especiais**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 171p.
- 10 FAULKS, D.; HENNEQUIN, M. Evaluation of a long-term oral health program by carers of children and adults with intellectual disabilities. **Sp. Care Dent.**, Chicago, v. 20, n. 5, p. 199-208, Sept./Oct. 2000.
- 11 FUNDAÇÃO BANCO DO BRASIL & FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Retratos da Deficiência no Brasil**. Disponível em: <http://www.fgv.br/ibre/cps/deficiencia_br/PDF/PPD_Sumario_Executivo.pdf>. Acesso em: 04 de Junho de 2010.
- 12 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/deficiencia_Censo_2000.pdf>. Acesso em: 04 de Junho de 2010.
- 13 MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006a. 290 p.
- 14 MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006b. 238 p.
- 15 MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA N.º 1.444, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2.000. Publicada no **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, de 29 dez. 2000, seção 1, pg. 85.
- 16 OLIVEIRA, A.C.; PAIVA, S.M.; PORDEUS, I.A. Parental acceptance of restraint

methods used for children with intellectual disabilities during dental care. **Sp. Care Dent.**, v.27, p. 222-226, 2007.

- 17 OLIVEIRA, A.C., RAMOS-JORGE, M.L., PAIVA, S.M. Aspectos relevantes à abordagem odontológica da criança com Síndrome de Down. **Rev. CRO-MG, Belo Horizonte**, v. 7, n. 1, p. 36-42, jan./abr. 2001.
- 18 PALMIER, AC; FERREIRA, EF; MATTOS, F; VASCONCELOS, M. **Saúde Bucal no contexto da atenção básica à saúde – saúde do adulto**. Unidade didática II: Tópicos especiais em saúde da família; Belo Horizonte: Editora UFMG, NESCON/UFMG, 2008.
- 19 PEREIRA, AA; VIANNA, PCM. **Saúde Mental**. Unidade didática II: Tópicos especiais em saúde da família; Belo Horizonte: Editora UFMG, NESCON/UFMG, 2009.
- 20 PEZZEMENTI, M.L.; FISHER, M.A. Oral Health Status of People With Intellectual Disabilities In The Southeastern United States. **J. Am. Dent. Assoc.** 2005: 136(7):909-12.
- 21 PINTO, B.M. Manejo dos Pacientes com Necessidades Especiais. In: ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS. **Saúde bucal: usuários com necessidades especiais e em condições especiais na atenção primária**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, 2007. pg 25-32.

- 22 SAMPAIO, EF; CÉSAR, FN; MARTINS, MGA. Perfil Odontológico dos Pacientes Portadores de Necessidades Especiais Atendidos no Instituto de Previdência do Estado do Ceará. **Rev. Bras. Prom. Saúde**, vol. 17, nº 03, pg. 127-134 Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Brasil, 2004.
- 23 SASSAKI, RK. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: deficiência mental ou deficiência intelectual: doença ou transtorno mental. **Rev. Nac. Reab.** 2005: (43): 9-10.
- 24 SILVEIRA FILHO, A.D. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Área Técnica de Saúde Bucal: **Ministério da Saúde**. Dez. 2002.
- 25 TOLEDO, A.O; BESERRA, A.N.B. Atendimento odontológico para pacientes especiais. In: TOLEDO, O.A. **Odontopediatria: Fundamentos para a prática clínica**. São Paulo: Premier, 2005.
- 26 VALERI, A.V. et al. Ministério das Cidades. Secretaria de Estado de Transporte e da Mobilidade Urbana. **Atendimento adequado às pessoas com deficiência e restrição de mobilidade - Programa Brasileiro de Acessibilidade Urbana/Brasil Acessível**. Brasília, 2005.
- 27 VARELLIS, M.L.Z. **O Paciente com Necessidades Especiais na Odontologia: manual prático**. São Paulo: Santos, 2005.

ANEXO 1

Linha Guia de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

A atenção ao PNE

- Os espaços físicos das US devem seguir as normalizações que garantem acesso aos PNE.
- A assistência odontológica deve iniciar-se com a entrevista com os pais ou responsável, quando o profissional obtém informações que revelam o estado de saúde geral do usuário e seu grau de cooperação.
- Essa entrevista esclarece quanto ao manejo e adequação do usuário, a conduta dos profissionais da equipe, o tratamento odontológico e a expectativa dos pais ou responsável em relação ao tratamento. É possível ainda orientar os pais sobre o comportamento dos mesmos frente ao tratamento, incluindo a questão da presença durante a consulta odontológica. O conteúdo educativo pode também ser trabalhado nesse momento. A anamnese irá guiar à terapêutica e os cuidados a serem adotados durante a intervenção clínica odontológica.
- A assistência odontológica deve considerar o diagnóstico médico, as condições de saúde e tratamento, agravos associados, limitações e capacidades individuais, e a interação com a equipe de saúde que acompanha o usuário.
- Verificar uso de pré-medicação, quando necessário.
- A anamnese deverá ser feita como descrito na Primeira Consulta Odontológica Programática. Em relação ao PNE, é importante também que sejam feitas perguntas específicas a respeito de locomoção, tipo de comunicação (verbal, gestos, ausente, etc), nível de compreensão, comportamento (tranquilo, medroso, agressivo, participativo, etc.), temores, acompanhamento com outros profissionais da saúde, a história odontológica, informações sobre o último tratamento odontológico, uso de anestesia geral ou sedação, anestesia local, contenção física, reação ao tratamento odontológico, higienização bucal (dependência, frequência).
- Usuários com necessidades especiais têm uma necessidade aumentada para o cuidado preventivo odontológico.
- Podem apresentar dificuldade na higienização, ter dieta pastosa e/ou rica em carboidrato, ou fazer uso frequente de medicamentos adocicados ou que promovem a diminuição do fluxo salivar.
- A abordagem para a saúde bucal desses usuários deve ser considerada antes da erupção do primeiro dente, para que sejam incorporados aos cuidados diários procedimentos que priorizem a prevenção, minimizando ou eliminando a necessidade de tratamentos odontológicos ao longo da vida.
- Deve sempre ser considerada a aplicação tópica de flúor gel e o ART nesses usuários.
- Usuários capazes de aprender a fazer a escovação dentária podem ter nas adaptações feitas nos cabos das escovas, no uso de escovas elétricas e nos adaptadores de fio dental elementos facilitadores desse processo.
- Pessoas que se encontram total ou parcialmente impedidas de exercerem suas atividades diárias e os cuidados básicos de saúde (pessoas dependentes para as atividades diárias) necessitam do apoio da família e/ou da instituição que freqüentam para terem garantidos os cuidados com a higiene bucal. O trabalho com os cuidadores dos usuários é extremamente importante.
- A higiene bucal, muitas vezes, pode ser um desafio para os responsáveis, devido aos movimentos involuntários, cerramento da boca e aumento do reflexo de engasgar. O local da escovação e o posicionamento do usuário devem adequar-se a cada caso, e abridores de boca podem ser utilizados quando necessário.
- É necessário também orientar os cuidadores sobre os sinais de risco e de alerta em saúde bucal, de forma que eles possam encaminhar o PNE à equipe de Saúde Bucal sempre que julgarem necessário.
- O enfoque familiar torna-se muito importante na atenção desses usuários, a partir do entendimento de como a família lida com a situação, e da participação da equipe de saúde bucal no sentido de colaborar para minimizar ao máximo as barreiras à atenção.

Alguns cuidados adotados para o bom andamento da assistência

- A presença dos pais ou responsável no consultório odontológico durante o atendimento depende da avaliação do benefício que isso possa representar para o usuário.
- A necessidade de envolver mais de uma auxiliar para o melhor desenvolvimento do trabalho deve ser sempre considerada.
- Buscar a melhor maneira de se estabelecer a comunicação.
- Observar melhor horário para consulta.
- Verificar posicionamento do usuário na cadeira odontológica (se sentado ou em posição horizontal),

estando sempre atento aos sinais de cansaço ou desconforto.

- Evitar sessões clínicas prolongadas.
- Avaliar o grau de stress e ansiedade. Lembrar que agressividade e oposição, muitas vezes são reações de defesa.
- Evitar anestesia e procedimento invasivo na primeira consulta.
- Não exibir instrumental odontológico desnecessariamente.
- Não direcionar os focos do refletor e do fotopolimerizador aos olhos do usuário, pois podem desencadear crises convulsivas.
- Redigir receitas e/ou atestados com cópia.
- Garantir aspiração cuidadosa de líquidos e materiais remanescentes de restaurações durante todo o tempo da intervenção clínica.
- Ter conhecimentos básicos dos aspectos médicos que envolvem as diversas patologias e síndromes.
- Lembrar que cada consulta é uma nova situação.
- O nível da capacidade para a compreensão, comunicação, cooperação, controle dos movimentos involuntários e de abertura da boca podem, muitas vezes, demandar o uso de técnicas de controle de comportamento no consultório e de abridores de boca. As técnicas de controle do comportamento compreendem, principalmente:
 - ? Adaptação do usuário: fazer com que o usuário tome contato com o ambiente do consultório e com os equipamentos. Tudo deve ser mostrado a ele, para que possa ver, tocar e ouvir os sons. Nenhum procedimento deve ser feito no início.
 - ? Comunicação verbal: diálogo, explicação verbal dos procedimentos.
 - ? Controle da voz: tom e intensidade da voz do profissional associado à expressão facial para que o usuário compreenda sua aprovação ou desaprovação.
 - ? Distração: desvio da atenção do procedimento desagradável.
 - ? Contato físico: tocar o rosto, as mãos.
 - ? Dizer-mostrar-fazer: descrição verbal do que vai ser realizado, seguido da demonstração e execução do procedimento.
 - ? Promover a dessensibilização sistemática e preventiva, que é a exposição a situações ou estímulos organizados hierarquicamente e o contato com o instrumental antes do início do tratamento.
 - ? Fazer uso do reforço positivo, tanto a equipe como a família.
 - ? Fazer uso de recursos auxiliares para abertura de boca (abridores de boca), se necessário, de forma a facilitar a intervenção e resguardar o usuário e o profissional de possíveis acidentes durante o atendimento.
 - ? Outras técnicas de contenção podem ser utilizadas, mas exigem uma abordagem profissional diferenciada.

Organização da rede de assistência ao PNE

A Unidade de Saúde de referência na atenção primária

- Deve ser considerada a porta de entrada para a atenção ao PNE.
- A equipe de saúde deve ter conhecimento dos PNE de sua área de abrangência para prestação da atenção em saúde bucal o mais cedo possível.
- Nesse componente deve estar inserido o atendimento extraclínica, quando verificada essa necessidade, e o uso de ART.
- Verifica-se que, no nível de atenção odontológica, a grande maioria dos PNE não constitui, a priori, uma clientela com necessidade de atendimento para além das unidades básicas de saúde.
- O profissional da US deve sempre considerar como sua competência prestar a atenção a essa clientela, principalmente no aspecto preventivo e educativo.
- Ao constatar a impossibilidade da prestação do serviço cirúrgico-restaurador, deve encaminhar o usuário para atendimento na Unidade Referência para assistência em ambulatório, com relatório do caso. Sempre devem ser feitas algumas tentativas de atendimento na atenção primária, avaliando-se sempre o avanço obtido em cada sessão, antes de se encaminhar o usuário.
- O agendamento na Unidade de Referência deverá ser realizado através da US.
- O usuário deve retornar à US após o término do tratamento para acompanhamento.

A Unidade Referência para atendimento em ambulatório

- Essa unidade estará desenvolvendo os procedimentos da atenção primária, mas com diferenciação na abordagem desse usuário, que é feita por profissionais qualificados, e com abordagem multiprofissional para estabelecimento de assistência integrada.
- Usuários com distúrbio de comportamento representado por medo e ansiedade ou crianças que apresentam dificuldade de condicionamento também podem necessitar de uma indicação para abordagem diferenciada.

É importante ressaltar que somente os casos onde é realmente necessária uma abordagem diferenciada devem ser encaminhados para referência.

- O CD da Unidade Referência para assistência em ambulatório deve avaliar a possibilidade de tratamento dos PNE nessa Unidade, a recondução para Unidade Básica ou a recomendação para tratamento sob anestesia geral, fazendo os encaminhamentos necessários.
- Corresponde à assistência prestada no CEO ou outro tipo de serviço, como as APAEs, que ofereça uma abordagem diferenciada para esses usuários.
- A Deliberação CIB-SUS-MG nº 057, de 11 de novembro de 2003, aprova a organização da Rede de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, Mental ou com Autismo do Estado de Minas Gerais e que esta Rede será constituída pelos serviços de assistência a serem cadastrados no Sistema Único de Saúde – SIA/SUS conforme Portaria MS/GM nº 1635 de 12 de setembro de 2002. Em seu Artigo 3º, § 1º, entre outras atribuições, estabelece que os Centros de Nível II deverão dispor de instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para realizar atendimento odontológico.

Fonte: Minas Gerais (2006a: p. 184-187).