

**THAISSA CARVALHO CREPALDI**

**O PAPEL DA ODONTOLOGIA NA ATENÇÃO AO INDIVÍDUO  
COM DOENÇAS MENTAIS DENTRO DA ESTRATÉGIA DO PSF**

**Faculdade de Medicina da UFMG  
Belo Horizonte  
2010**

**THAISSA CARVALHO CREPALDI**

**O PAPEL DA ODONTOLOGIA NA ATENÇÃO AO INDIVÍDUO  
COM DOENÇAS MENTAIS DENTRO DA ESTRATÉGIA DO PSF**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina da UFMG, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Programa saúde da família.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

Faculdade de Medicina da UFMG  
Belo Horizonte  
2010

---

**THAISSA CARVALHO CREPALDI**

**O PAPEL DA ODONTOLOGIA NA ATENÇÃO AO INDIVÍDUO  
COM DOENÇAS MENTAIS DENTRO DA ESTRATÉGIA DO PSF**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina da UFMG, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Programa saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

Banca Examinadora

Prof. \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**SUMÁRIO**

RESUMO .....	4
ABSTRACT.....	5
1 INTRODUÇÃO .....	6
2 JUSTIFICATIVA .....	8
3 OBJETIVOS .....	9
4 METODOLOGIA .....	10
5 REVISÃO DE LITERATURA .....	11
5.1 Assistência aos usuários com doenças mentais na Estratégia Saúde da Família .....	11
5.1.1 A reforma psiquiátrica no Brasil .....	11
5.1.2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) .....	13
5.1.3 A atenção básica e a saúde mental .....	14
5.2 Vulnerabilidade dos indivíduos com doenças mentais às doenças buciais .....	17
5.2.1 Assistência odontológica ao indivíduo com transtornos mentais .....	19
5.2.2 Agravos bucais em pacientes que sofrem de transtornos mentais .....	22
5.2.3 Controle de placa em pacientes portadores de transtornos mentais .....	24
5.3 O papel da assistência odontológica na reinserção social dos indivíduos com doenças mentais na estratégia do PSF .....	26
6 DISCUSSÃO .....	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	31
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	32

## **RESUMO**

O sistema único de saúde (SUS) tem, como um de seus princípios, a integralidade no atendimento ao usuário, dentro do conceito ampliado de saúde. Através da estratégia do PSF, a equipe de saúde tem a oportunidade de exercer esse princípio, utilizando meios como o estabelecimento de vínculo com a família e humanização do atendimento. Paralelamente à criação do SUS, ocorreu um movimento de reforma psiquiátrica brasileira, que prima pela substituição dos hospitais psiquiátricos e reinserção do indivíduo no convívio familiar e na sociedade. A odontologia, estando inserida na estratégia de saúde da família, deve desenvolver ações voltadas também ao atendimento aos pacientes com transtornos mentais, uma vez que agravos como a doença periodontal são comuns nesses pacientes, comprometendo a saúde bucal e geral do indivíduo, assim como a viabilidade de sua inserção social.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Transtornos mentais. Programa Saúde da Família. Odontologia. Saúde bucal.

## **ABSTRACT**

The national health system (SUS) has, as one of its principles, integrity in service to the user, within the broader concept of health. Through the strategy of the PSF, the health team has the opportunity to exercise this principle, by such means as the establishment of ties with family and humanization of care. Alongside the creation of SUS, was a Brazilian psychiatric reform movement, to press for the replacement of psychiatric hospitals and rehabilitation of the individual in family life and society. Dentistry, being part of the strategy of family health should also develop initiatives to care for patients with mental disorders, since diseases like periodontal disease are common in these patients, compromising the oral and general health of the individual as well as viability of their social integration.

**Keywords:** Mental health. Mental disorders. Family Health Program. Dentistry. Oral health.

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, englobando desde um simples atendimento ambulatorial até um complexo transplante de órgãos. Foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, garantindo acesso integral, universal e gratuito para os mais de 180 milhões de brasileiros (BRASIL, 2010a).

Com a consolidação do SUS ocorreu também a reforma psiquiátrica brasileira, que propôs uma rede substitutiva de atenção à saúde mental, visando a extinção dos hospitais psiquiátricos e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS são um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, que objetivam o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho (BRASIL, 2010b).

O atendimento aos usuários da saúde mental pelo SUS passa inicialmente pela Equipe de Saúde da Família (ESF), que identifica o usuário na visita domiciliar e no cadastramento. Portanto, o Programa Saúde da Família (PSF) age como articulador da rede de saúde mental (NUNES et al., 2007).

De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, para que as ações de saúde mental na atenção básica substituam o modelo “*medicalizante*” tradicional, é necessário que a rede de cuidados seja articulada, visando a integralidade do indivíduo (BRASIL, 2010c). A saúde mental e a atenção básica se articulam de maneira que, tanto o profissional de saúde mental quanto a equipe de saúde se responsabilizem pelo usuário, discutindo os casos e intervindo conjuntamente junto às famílias e à comunidade (BRASIL, 2010c).

Considerando-se a integralidade do cuidado presente na estratégia do PSF,

o

famdiscutindo os casos e intervindo conjuntamente, junto  
aindiv

estabelecimento do vínculo da ESF com o usuário deve basear-se em uma abordagem familiar aliada à reinserção do indivíduo na sociedade. Essa integração deve contar com o estreitamento das relações familiares, com a autonomia e com a busca da qualidade de vida. Dentro dessa proposta, a conquista de boas condições de saúde bucal possui um papel fundamental. Afinal, a saúde bucal é parte integrante da saúde do indivíduo, melhorando sua autoestima, sua comunicação e interação com os demais indivíduos da sociedade.

As ações de saúde bucal inseridas no PSF devem refletir os princípios e diretrizes do SUS, inclusive ampliando o acesso dos usuários à assistência odontológica (ANDRADE e FERREIRA, 2006). Portanto, são ações conjuntas de saúde que, articuladas em harmonia, trazem ganhos significativos aos usuários e familiares, promovendo ganhos significativos de qualidade de vida.

## **2 JUSTIFICATIVA**

No campo das doenças mentais verifica-se uma evolução na abordagem e tratamento dos pacientes, buscando inseri-los na comunidade. A equipe de saúde que presta assistência a essa parcela da população possui um papel fundamental nesse processo de inserção.

Considerando-se as prerrogativas do SUS, que oferece atendimento a partir de um conceito ampliado de saúde, a odontologia, na estratégia de saúde da família, pode oferecer uma grande contribuição na assistência aos indivíduos acometidos com doenças mentais, melhorando a qualidade de vida e autoestima dessa parcela da população, que é bastante susceptível aos agravos de saúde bucal, que contribui negativamente para sua socialização.

Não foram encontrados, durante pesquisa bibliográfica, registros de trabalhos que envolvem diretamente o papel da odontologia na atenção ao indivíduo com doenças mentais dentro da estratégia do PSF. Dessa forma, visto a importância da participação da equipe de odontologia da família, na promoção da saúde desses indivíduos, justifica-se a escolha do tema a ser desenvolvido nesse texto.

### **3 OBJETIVOS**

- Realizar uma revisão bibliográfica e discutir a assistência aos usuários com doenças mentais na Estratégia Saúde da Família;

- Realizar uma revisão bibliográfica e discutir a vulnerabilidade dos indivíduos com doenças mentais às doenças bucais;

- Realizar uma revisão bibliográfica e discutir, dentro da estratégia do PSF, o papel da assistência odontológica na reinserção social dos indivíduos com doenças mentais.

#### 4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada no presente estudo foi baseada em uma busca ativa de informações nas bases de dados PubMed (MEDLINE) e BVS (BIREME/LILACS e BBO), além das bibliotecas virtuais SCIELO e Periódicos CAPES. Alguns estudos foram escolhidos a partir das referências bibliográficas de outros estudos. Foram selecionadas produções de literatura especializada publicadas em livros, documentos oficiais, artigos científicos, nos idiomas português e inglês. Durante a busca científica não houve delimitação de ano de publicação, faixa etária e/ou tipo de estudo. A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir de um tema central: assistência odontológica aos usuários com doenças mentais na estratégia do PSF. Os principais descritores de assuntos utilizados foram: saúde mental/*mental health*, transtornos mentais/*Mental Disorders*, Programa Saúde da Família/*Family Health Program*, odontologia/*dentistry*, saúde bucal/*oral health*. A seleção do material científico utilizado baseou-se na conformidade dos limites dos assuntos aos objetivos do presente estudo.

## **5 REVISÃO DE LITERATURA**

### **5.1 Assistência aos usuários com doenças mentais na Estratégia Saúde da Família**

#### **5.1.1 A reforma psiquiátrica no Brasil**

Desde a metade do século XIX, a assistência aos que sofriam de transtornos mentais no Brasil, se resumia à internação em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2010d). A situação desses hospitais era de superlotação, déficit de recursos humanos, maus tratamentos, vestuário e alimentação insuficientes e também de más condições físicas (MINAS GERAIS, 2007). Ao final da década de 80, havia cerca de 100.000 leitos psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados e conveniados ao SUS. A maioria deles concentrava-se nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. As internações psiquiátricas ocupavam o 2º lugar entre os gastos com internações pagas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010d).

No Brasil dos anos 70, no mesmo período que eclodia o “movimento sanitário”, iniciava-se também a reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005). Este movimento lutava pela quebra do modelo hospitalocêntrico e, mais especificamente, pela luta antimanicomial. Foi iniciado pelos trabalhadores de saúde mental. Naquela época, o movimento desses trabalhadores começou a ganhar corpo, dando destaque aos diversos problemas da assistência psiquiátrica e às propostas para a mudança do modelo vigente até aquele momento (MINAS GERAIS, 2007).

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, buscando melhorar a assistência aos usuários que sofrem de transtornos mentais e (BRASIL, 2004). A reforma

psiquiátrica é definida por uma ampla mudança no atendimento em saúde mental, visando garantir à população o acesso aos serviços, respeitando seus direitos. Como tratamento, ao contrário do isolamento do modelo antigo, passa a ser priorizado o convívio em família e sociedade (BRASIL, 2010d).

Na década de 90, com a assinatura da declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, entraram em vigor as primeiras leis federais que regulamentavam a implantação dos CAPS (centros de atenção psicossocial), hospitais-dia e leis que fiscalizavam os manicômios. Apesar disso, mais de 90% dos recursos federais para a saúde mental ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004). Familiares e usuários passaram a participar ativamente da luta antimanicomial, iniciando-se a implantação de um novo modelo de assistência que combatesse o hospital psiquiátrico, com a proposta de uma rede substitutiva aos hospitais (MINAS GERAIS, 2007).

Em 2001, com a promulgação da Lei 10216 (Lei Paulo Delgado) e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a luta antimanicomial ganhou força. Foram criadas linhas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos e também mecanismos de fiscalização e redução dos leitos psiquiátricos no país. Dessa forma, ampliou-se significativamente a rede de CAPS no Brasil. Em 2004 realizou-se o 1º Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, onde foram reunidos cerca de 2000 trabalhadores e usuários de CAPS (BRASIL, 2004). Os CAPS identificam-se como a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica. São instituições destinadas ao acolhimento de pacientes que sofrem de

transtornos mentais, dando apoio a suas iniciativas para a busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico (BRASIL, 2004).

### **5.1.2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Nos anos 70, começaram a ocorrer mudanças na assistência, inicialmente com reformas intramuros nas instituições, seguidas da proposta do modelo substitutivo, baseado em serviços de base comunitária (BRASIL, 2010d). No sentido de diminuir as internações hospitalares, os serviços substitutivos consolidaram-se como eficazes na mudança do modelo assistencial em saúde mental. Estes serviços foram criados por meio da portaria GM 224/92 e definidos como unidades de saúde regionalizadas. Oferecem atendimentos com cuidados intermediários entre a atenção ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004).

O CAPS é exemplo de serviço substitutivo. O principal objetivo do serviço substitutivo é a busca pela integração do usuário com um ambiente social e cultural designado como seu “território”, onde pode ser desenvolvida sua vida cotidiana, juntamente aos seus familiares. O modelo de substituição aos manicômios está centrado na figura do paciente e em sua inclusão ativa na vida cotidiana. Os CAPS possuem a missão de prestar atendimento diurno aos usuários que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes. Os usuários recebem atenção clínica e reabilitação psicossocial, favorecendo a inclusão social dos mesmos e de seus familiares através de acesso ao trabalho, lazer, exercício de direitos civis e estreitamento de laços familiares e sociais (BRASIL, 2004).

Os CAPS auxiliam na articulação da rede de saúde mental em um determinado território, onde aproxima a rede básica, os ambulatórios, as residências terapêuticas, leitos de saúde mental em hospital geral e programas de geração de renda e trabalho (MACHADO, 2005). Identificam-se como um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS (BRASIL, 2004).

### **5.1.3 A atenção básica e a saúde mental**

A atenção básica à saúde, ou atenção primária, é considerada a porta de entrada para o sistema de saúde pública, inclusive no que se refere à demanda de saúde mental, onde se procura resgatar a singularidade de cada indivíduo e o comprometimento com o tratamento. A atenção básica ofertada pelo PSF pode ser considerada responsável pela reorganização do sistema de saúde brasileiro, possibilitando maior acesso aos serviços básicos de saúde (BRASIL, 2010c).

Podem ocorrer articulações entre o PSF e a atenção em saúde mental, na lógica da reforma psiquiátrica uma vez que ambos têm princípios e diretrizes que são convergentes como a busca pelo rompimento do modelo médico-hegemônico, o desafio de ter a família como objeto de atenção, em seu meio sócio-cultural e a constituição de novas tecnologias para a melhoria da qualidade de vida dos usuários (LUCCHESI et al., 2007).

O PSF é uma estratégia de reorganização do SUS, sendo descrito como ferramenta na equidade da prestação de serviços, utilizando abordagem familiar, em integração com a comunidade, realizando busca ativa de casos onde se aplica intervenção precoce, enfatizando a prevenção e educação em saúde. Caracteriza-se

como uma estratégia de reorientação ao modelo assistencial, que era centrado na doença.

O PSF é composto por equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes responsabilizam-se pelo acompanhamento de determinado número de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Realizam ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais comuns naquela região, além de buscarem manter a saúde da população assistida (BRASIL, 2010a). Propõe extensão de cobertura e facilitação do acesso, além de continuidade das ações em saúde e trabalho em equipe, com multidisciplinaridade e alta resolubilidade (MARAGNO et al., 2006).

Considerando-se uma das propostas do PSF, os profissionais de saúde devem buscar humanizar a assistência às suas práticas diárias de saúde, conscientizando-os de que a saúde é um direito e um pilar para a qualidade de vida do cidadão (SOUZA, 2000). O PSF utiliza como estratégia ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde, de forma integral e contínua. Favorece o atendimento domiciliar, reduzindo internações (SOUZA, 2007).

O atendimento aos usuários com transtornos mentais assistidos pelo SUS começa por meio da ESF do PSF, que tem o primeiro contato com o paciente durante a visita domiciliar. Após acolhimento e avaliação pela equipe de saúde envolvida, os casos de neuroses e psicoses graves, crise aguda (surtos), abuso de álcool ou drogas, com risco iminente para o paciente, ou outros transtornos mentais graves, são encaminhados aos CAPS. Os casos estáveis de neuroses e psicoses, uso crônico de benzodiazepínicos, pacientes em situação existencial difícil, casos brandos de abuso

de álcool e drogas, são acompanhados pela própria ESF. Aqueles pacientes que tiverem alta no CAPS são reencaminhados para acompanhamento em sua unidade de saúde da família (NUNES et al., 2007; MINAS GERAIS, 2007).

É necessário que sejam apontadas as dificuldades no atendimento dos usuários da saúde mental, no âmbito da estratégia de saúde da família. Existem situações em que há uma recusa da equipe em atender esses pacientes, visto que retrata uma demanda que provoca uma sensação de impotência e desafio aos saberes, frente a queixas crônicas e recorrentes, sem melhora de sintomas. Além disso, há que se levar em conta o despreparo no atendimento aqueles indivíduos, onde há a necessidade de cursos de capacitação em saúde mental e referências teóricas adequadas (MINAS GERAIS, 2007).

A sociedade insiste em apontar as diferenças entre os indivíduos “normais” e aqueles “fora do padrão normal”. Aqueles que não se adaptam às normas da sociedade são considerados inferiores, diferentes ou anormais, o que inviabiliza, muitas vezes, sua integração naquele meio. São estigmatizados (JORGE et al., 2003).

Esse estigma pode ser visto como uma situação onde o indivíduo está inabilitado para a aceitação social plena; tendo sua chance de vida diminuída (GOFFMAN, 1988). A sociedade pode se relacionar com o estigmatizado através de um sentimento de superproteção ou de rejeição, mas nunca de indiferença. De certo modo, mesmo sem perceber, a comunidade impedirá o portador de deficiência de ter um desenvolvimento e uma vida dentro dos padrões de normalidade adotados por aquele grupo (JORGE et al., 2003).

Os estigmas podem ser divididos em três grupos diferentes. No primeiro, estão relacionados a alguma característica “visível”, seja física ou corporal. Nesse grupo, estão presentes os portadores de deficiência física, os indivíduos amputados e aqueles com Síndrome de Down. O segundo grupo está ligado a alguma característica pessoal, de personalidade ou de comportamento, considerada depreciativa pela comunidade. Estão nesse grupo os portadores de transtornos mentais, os mendigos, os alcoólicos e os homossexuais. O terceiro grupo é constituído pelos estigmas que não estão ligados ao indivíduo pessoalmente, e sim à raça, religião ou qualquer outra característica do grupo familiar ao qual ele pertença (JORGE et al., 2003). Para os autores, a deficiência mental ainda carrega consigo diversas “marcas”, entre elas a periculosidade (“*todo doente mental é perigoso*”) e a incapacidade (“*o doente mental não é capaz de trabalhar ou estudar*”).

Apesar de todas as dificuldades, o PSF, ao atuar na lógica da “desinstitucionalização”, enfatizando o vínculo, mostrou-se como estratégia adequada para trabalhar a saúde mental na atenção básica. Por meio da reforma psiquiátrica aconteceu a construção de uma política de saúde mental que oferecesse uma atenção mais humanizada e extra-hospitalar ao usuário que sofre de transtornos mentais (MACHADO e MOCINHO, 2003; ROSA e LABATE, 2003).

## **5.2 Vulnerabilidade dos indivíduos com doenças mentais às doenças bucais**

Os profissionais de saúde, incluindo os cirurgiões-dentistas (CD), iniciaram o atendimento direcionado às pessoas com necessidades especiais nos primeiros 50 anos do século XX. Naquela época eram chamados de “pacientes excepcionais”, que

eram aqueles com níveis variados de comprometimento intelectual ou físico (HADDAD e MAGALHÃES, 2007). Atualmente, o termo considerado adequado para quem tem algum tipo de anomalia física, auditiva, visual, mental ou múltipla é “pessoa portadora de necessidades especiais” (PNE), por ser essa uma terminologia mais ampla e elucidativa (ROCHA, 2002).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde-OMS aproximadamente 10% da população mundial possui algum tipo de deficiência, sendo 2% portadora de deficiência física; 1,5% com deficiência auditiva; 0,5% com deficiência visual; 5% com deficiência mental e 1% com múltiplas deficiências (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS, 2001).

Os PNE são objetos de estudo dos mais diversos campos do saber e alvo de ações sociais públicas e privadas. Nos dias de hoje, a busca e melhora da qualidade de vida dessas pessoas tornou-se uma das principais metas da sociedade, desafiando ações assistencialistas e visões que destacam o estigma e a doença. Conforme ressaltou Iglesias-Araújo (2000), nos últimos anos a odontologia destacou-se, dentre as ciências da saúde, por um grande avanço técnico, biológico e cultural. De acordo com a autora, uma especialidade odontológica que atualmente demanda um grande esforço de estudos é a de pacientes especiais.

O termo odontologia para PNE comporta vários grupos de patologias e condições que fazem com que um indivíduo necessite receber um atendimento diferenciado para que possa usufruir da assistência odontológica convencional (MINAS GERAIS, 2006). A classificação comporta indivíduos acometidos por alterações físicas, mentais, endócrino-metabólicas, congênitas, sistêmicas crônicas e estados fisiológicos especiais.

### 5.2.1 Assistência odontológica ao indivíduo com transtornos mentais

Devido à falta de ação do setor público, apenas 2% desses indivíduos têm acesso aos serviços de saúde. A assistência odontológica, quando existe, caracteriza-se, basicamente, por procedimentos cirúrgicos e restauradores realizados sob anestesia geral (BRASIL, 1993; OLIVEIRA et al., 2008). O acesso à assistência odontológica, com a criação da especialidade “Pacientes Especiais”, de centros especializados de atendimento e da disciplina curricular em faculdades de odontologia, está ajudando em muito a atenção desses pacientes, inclusive melhorando a qualificação e o número de profissionais atuando na área (ROCHA, 2002).

Visando regulamentar a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, foi criado o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 1999). De acordo com o Art. 6º, deve-se adotar como diretrizes: *“III - incluir a pessoa portadora de deficiência, respeitadas as suas peculiaridades, em todas as iniciativas governamentais relacionadas à educação, à saúde (BRASIL, 1999). De acordo com o Art. 7º, deve-se considerar como objetivos: “II - integração das ações dos órgãos e das entidades públicos e privados nas áreas de saúde, educação (...); “III - desenvolvimento de programas setoriais destinados ao atendimento das necessidades especiais da pessoa portadora de deficiência”; “IV - formação de recursos humanos para atendimento da pessoa portadora de deficiência” (BRASIL, 1999).*

A grande maioria dos PNE não necessita de atendimento odontológico para além das unidades básicas de saúde na atenção primária. Sendo assim, essa deve ser a porta de entrada para a assistência ao PNE, o que torna primordial que a equipe de saúde envolvida esteja devidamente informada e preparada para as particularidades de atenção a essa parcela da população dentro da sua área de abrangência. O profissional da unidade básica de saúde deve estar ciente da importância de estar atento às questões preventivas e educativas direcionadas ao PNE (MINAS GERAIS, 2006).

Naqueles casos em que o CD constatar a impossibilidade de prestação de serviço cirúrgico-restaurador, o mesmo deverá encaminhar o usuário para atendimento na Unidade Referência-UR para assistência em ambulatório, com relatório do caso. No entanto, sempre que possível, devem ser feitas algumas tentativas de atendimento na atenção primária, avaliando-se o avanço obtido em cada sessão, antes de se encaminhar o usuário. O agendamento na UR é realizado através da US, devendo o usuário retornar a ela após o término do tratamento para acompanhamento (MINAS GERAIS, 2006).

A primeira necessidade no atendimento a pacientes com necessidades especiais é um termo de consentimento autorizando o tratamento, feito pelos pais/responsáveis, após a descrição de todos os procedimentos aos quais será submetido o paciente, de acordo com o código civil brasileiro, artigo 3º (BRASIL, 2002). A assistência em odontologia aos PNE deve começar com entrevista aos pais, ou responsáveis, onde se obtém informações sobre o estado de saúde do usuário e seu grau de cooperação (MINAS GERAIS, 2007b). Também se deve considerar o

diagnóstico médico, condições de saúde e tratamento, agravos associados, limitações e interação com a equipe de saúde que acompanha o paciente.

É de grande importância a consulta ao profissional da área médica responsável pelo paciente, para esclarecimentos no que diz respeito às suas condições de saúde geral (MINAS GERAIS, 2007b).

É necessária uma anamnese completa, abordando itens como:

1. Aspectos gerais do paciente;
2. Tipo e gravidade da doença;
3. Medicamentos utilizados pelo paciente;
4. Relacionamento multidisciplinar;
5. Avaliação dos riscos;
6. Avaliação do grau de estresse, medo e ansiedade;
7. Métodos de contenção;
8. Procedimentos necessários.

Diante dessas informações, pode-se estabelecer o plano de tratamento, selecionando as melhores técnicas e materiais a serem utilizados (PERES et al., 2005).

### **5.2.2 Agravos bucais em pacientes que sofrem de transtornos mentais**

O PNE e/ou seu responsável normalmente não recebem instruções adequadas e suficientes quanto aos cuidados direcionados à saúde bucal, o que só faz aumentar o risco desses indivíduos virem a desenvolver doenças bucais (RAGGIO et al., 2001). De acordo com os autores, pelo fato dos familiares e responsáveis dedicarem uma demanda grande do tempo aos diversos cuidados relacionados a esses indivíduos, normalmente deixam em segundo plano os cuidados direcionados à saúde bucal da pessoa acometida por transtornos mentais.

O termo deficiência, ou necessidades especiais, não deve ser considerado como incapacidade de melhorar a saúde bucal através de medidas de promoção da saúde bucal (OLIVEIRA et al., 2008). A odontologia tem direcionado parte de seus esforços no sentido de evitar a ocorrência de doenças bucais, principalmente a cárie dentária e a doença periodontal. Mas, essa não é uma tarefa fácil, especialmente quando direcionada aos PNE (SEDLACEK et al., 1996; OLIVEIRA et al., 2008). Um grande número de CD não se sente capaz de realizar um atendimento adequado aos pacientes com necessidades especiais. Desse modo, a assistência odontológica direcionada a essa parcela da população acaba concentrando-se em determinados centros de atendimento especializados, o que só vem a limitar o alcance de uma atenção direcionada a eles (RAGGIO et al., 2001).

A falta de vivência clínica dos CD e de recursos odontológicos, mesmo em hospitais, para tratamento preventivo, cirúrgico-restaurador e reabilitador e a falta de recursos financeiros, contribuem para que sejam adotadas soluções extremas, como

exodontias múltiplas, no tratamento aos agravos de saúde bucal desses pacientes (OLIVEIRA et al., 2008).

A exclusão dos pacientes psiquiátricos é observada não apenas socialmente ou no âmbito médico, mas também no odontológico, por preconceito em relação ao doente mental, ou desconhecimento das condições bucais desses usuários (HAAS et al., 2008).

A qualidade de vida do usuário que sofre de transtornos mentais é muito afetada por sintomas como a redução da volição e da capacidade de se autodeterminar de acordo com sua própria vontade (hipopragmatismo), retraimento social, pobreza da fala, embotamento afetivo (NUNES FILHO et al., 1996). Aqueles pacientes muitas vezes fazem parte de camadas sociais menos favorecidas, negligenciam sua higiene, inclusive bucal, o que agrava as condições não favoráveis de saúde oral (SHIRAKAWA, 1999).

Os pacientes que são portadores de doença mental podem ser considerados de alto risco para as patologias bucais, principalmente doença periodontal, devido à negligência da higiene bucal e conseqüentemente acúmulo de placa bacteriana (WHYMAN et al., 1995; VELASCO et al., 1997). A saúde bucal desses indivíduos deve ser avaliada periodicamente, pois a condição bucal interfere na saúde mental (CARVALHO e ARAÚJO, 2004).

Os agravos bucais mais prevalentes nos pacientes que sofrem de transtornos mentais e comportamentais são a cárie e a doença periodontal, essa última podendo também estar ligada à utilização cotidiana de medicamentos psicoativos, especialmente anticonvulsivantes (WHYMAN et al., 1995; CARVALHO e

ARAÚJO, 2004). Segundo os autores, o uso desses medicamentos de forma cotidiana provoca diminuição de volume do fluxo salivar, comprometendo as condições bucais e dificultando a higienização da boca devido ao comprometimento da coordenação motora.

Em estudo sobre prevalência de caria dentária em pacientes portadores de transtornos mentais, realizado em Blumenau, SC, observou-se um predomínio de 83% dos pacientes examinados com índice CPOD (dentes cariados perdidos e obturados) maior que 10, o que mostra alto índice de cárie entre os portadores de transtornos mentais (HAAS, 2008). Segundo o autor, quanto mais avançada a idade, mais alto foi o CPOD encontrado (HAAS, 2008). A maior parte dos pacientes apresentou o componente P como o principal responsável pelos altos índices de CPOD, indicando a pouca assistência odontológica dedicada àquela população.

### **5.2.3 Controle de placa em pacientes portadores de transtornos mentais**

A doença periodontal é o agravo de saúde bucal mais preocupante entre os pacientes portadores de transtornos mentais, independentemente da assistência, seja hospitalar, modelo assistencial substitutivo, centros comunitários de educação social, lares abrigados, hospital-dia (CARVALHO e ARAÚJO, 2004).

A precariedade da higiene bucal nos portadores de transtornos mentais e comportamentais está relacionada ao déficit intelectual e motor, e à baixa compreensão da importância da escovação para a saúde bucal, além da baixa colaboração desses pacientes para a realização da higiene bucal pelo cuidador ou familiar (CARVALHO e ARAÚJO, 2004). Esquizofrênicos crônicos e portadores de

retardo mental apresentam higiene bucal deficiente, influenciando na prevalência de doenças bucais (ENOCH e JAGGER, 1994).

Em pacientes que necessitam auxílio de familiares ou cuidadores, a educação em saúde destes se faz essencial, para que possam estar aptas a efetivar o plano de tratamento preventivo proposto pela equipe odontológica. O treinamento dos cuidadores deve incluir informações como posicionamento correto dos pacientes para executar os procedimentos, técnicas para inserção, remoção e higienização de próteses, técnicas de escovação dentária e orientações para a detecção de lesões sugestivas de câncer bucal. É importante ressaltar que o cuidador deve apenas realizar aqueles procedimentos que o paciente não é capaz de realizar sozinho (VARJÃO, 2006).

Existe uma melhora na condição bucal daqueles usuários que fazem uso de clorexidina, mas efeitos colaterais como alteração de paladar, e manchamento dos dentes, desmotivam sua utilização cotidiana. A posologia indicada é de dois bochechos diários, durante um minuto com solução de clorexidina 0,12%, por quinze dias e uma escovação semanal com gel de clorexidina a 0,5% (CARVALHO e ARAÚJO, 2004).

Em casos de pacientes com alta incidência de cárie associada à xerostomia, a aplicação de flúor se faz importante. Os produtos em gel são melhor indicados, devido ao menor risco de ingestão (GITTO et al., 2001). De acordo com os autores, para aqueles pacientes com xerostomia, com resposta positiva das glândulas salivares quanto à estimulação, recomenda-se a ingestão de cenouras cruas e cereais, bem como gomas de mascar sem açúcar. Nos casos onde não houver função glandular

residual, recomenda-se a prescrição de umidificadores orais e saliva artificial, onde a pilocarpina é a substância mais recomendada.

Para que a assistência odontológica seja efetiva é importante o conhecimento das relações entre os membros da família e seu nível sócio-econômico-cultural, para a identificação dos problemas e comportamentos, capazes de interferir no tratamento odontológico (SEDLACEK et al., 1996).

### **5.3 O papel da assistência odontológica na reinserção social dos indivíduos com doenças mentais na estratégia do PSF**

Vários pesquisadores sugerem a elaboração de programas educativos e preventivos voltados para indivíduos portadores de transtornos mentais e para seus familiares/responsáveis, assim como a motivação dos mesmos quanto aos cuidados com a higiene bucal (CARVALHO e ARAÚJO, 2004).

O paciente PNE e/ou seu responsável deve ser informado sobre a influência de um problema presente na cavidade bucal no seu estado de saúde geral (adaptação do alimento e textura para a capacidade mastigação, prevenção de aspiração, prevenção de infecções e endocardite) e também no próprio local de acometimento do problema (dor local, falta de estética, perda dos dentes) (FAULKS e HENNEQUIN, 2000). Os problemas bucais podem envolver não apenas a saúde física, mas também o bem estar econômico, social e psicológico das pessoas (CHEN e HUNTER, 1996; CHIANCA et al., 1999; BRODER et al.; 2000; OLIVEIRA et al., 2008).

A importância da saúde bucal para a reabilitação, socialização e bem-estar dos pacientes com distúrbios mentais é inquestionável. Em estudo realizado entre 1980 e 1981, já se podia verificar a influência negativa que as odontalgias, infecções bucais e o edentulismo exerciam no dia a dia das pessoas, não apenas na alimentação, digestão e fonação, mas, principalmente, na autoestima e qualidade de vida dos mesmos (CARVALHO e ARAÚJO, 2004).

## 6 DISCUSSÃO

Os transtornos mentais representam um grande desafio para todos que desejam aceitar, compreender e ajudar as pessoas que apresentam diferenças. É necessária uma maior compreensão dos limites dessa parcela da população, um apoio direcionado ao seu desenvolvimento e, sobretudo, credibilidade ao seu valor e importância pessoal e social. O preconceito ainda está muito presente no dia a dia e assume uma roupagem diferente em cada situação, sempre ressaltando a diferença do indivíduo. O valor do indivíduo PNE é questionado pelo que consegue fazer e pela maneira com que faz.

Embora os indivíduos PNE necessitem de uma atenção especial, a doença mental não pode ser identificada como sinônimo de incapacidade em todos os aspectos da vida. É importante que os profissionais ressaltem aspectos positivos dessas pessoas e não se prendam somente às suas limitações.

A luta pela conquista e defesa da cidadania dos PNE desempenha um papel importante na construção de uma sociedade mais humana, ética e solidária. Significa caminhar rumo ao fim do preconceito social.

Antes do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, os pacientes que sofriam de transtornos mentais recebiam tratamento pautado no isolamento social, repressão, maus tratos, medicalização, em hospitais psiquiátricos, instituições destinadas exclusivamente ao tratamento desses indivíduos (MINAS GERAIS, 2007). A submissão desses pacientes a esse modelo levava à segregação dessas pessoas, impedindo seu convívio em família e sociedade, o que refletia no isolamento total, dependência medicamentosa e falta de perspectiva de melhora de

sua condição de saúde, uma vez que o tratamento era centrado na doença e seus sintomas.

Com a reforma psiquiátrica, buscou-se mudar o foco do tratamento dos transtornos mentais, investindo no potencial do ser humano, auxiliando na formação de laços sociais e visando a reabilitação social do indivíduo (BRASIL, 2010c). Considerando-se a atenção integral dedicada à saúde dos indivíduos, é essencial que os profissionais da equipe de saúde bucal sejam capazes de prestar uma atenção adequada aos usuários que possuem alguma condição fisiológica ou patológica que os faça necessitar de cuidados diferenciados.

O PSF, através do acolhimento dos usuários e seus familiares, constitui-se como porta de entrada dos indivíduos com transtornos mentais ao serviço de saúde, também no âmbito da saúde mental. Através da humanização do atendimento, que valoriza a socialização dos usuários da saúde mental, é possível oferecer uma alternativa digna à sua condição, melhorando a qualidade de vida dessas pessoas através da autonomia em situações cotidianas, inserindo-as na comunidade e no convívio em família. Nos serviços substitutivos (como os CAPS), propostos no novo modelo de atenção à saúde mental, os usuários têm acesso a suporte médico e psicológico, além de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2010b).

A odontologia tem um importante papel no resgate da reinserção social do paciente portador de transtorno mental, através da conscientização de pacientes e familiares, quanto à importância da saúde bucal na promoção de saúde, estimulando auto-cuidado, e valorizando o cuidado prestado pelo cuidador e/ou familiar. Sendo assim, a equipe de saúde bucal da família também deve estar inserida na proposta da

estratégia do PSF, procurando trabalhar em sintonia com a equipe de saúde, com interdisciplinaridade, visando a promoção da saúde de maneira integral. De acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal, a produção do cuidado propõe humanização das ações e serviços de saúde com o objetivo de produzir, junto aos usuários, conhecimento, responsabilização e autonomia, através do atendimento (BRASIL, 2004).

A boa higiene bucal, além de prevenir doenças como a cárie e doença periodontal, contribui para a melhora da comunicação e auto-estima do indivíduo, favorecendo suas relações com o meio em que vive.

Para Varjão (2006), é muito importante que, nos casos onde o usuário não seja capaz de realizar os procedimentos de higiene adequadamente, os familiares ou cuidadores recebam treinamento para tal.

A busca por respostas e embasamentos científicos, em temas relacionados às questões da atenção à saúde bucal do indivíduo com necessidades especiais, sobretudo na rede pública, ainda revela um número insuficiente de produções científicas nesta área, revelando uma necessidade de se levar à frente trabalhos referentes às questões ligadas à assistência à saúde bucal de indivíduos com necessidades especiais, assim como à formação de recursos humanos dedicados ao cuidado odontológico para essa parcela da população.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção de saúde bucal do paciente que sofre de transtornos mentais pode ser mais um instrumento na prática das ações de saúde mental, na estratégia do PSF, através da valorização do autocuidado ou do cuidado prestado pelo familiar ou cuidador.

A grande maioria desses pacientes não necessita de atendimento odontológico para além das unidades básicas de saúde na atenção primária e o atendimento às suas necessidades deve buscar a integralidade, no sentido de atender a todas as demandas apresentadas. O cuidado em saúde bucal promove grande melhoria na qualidade de vida do paciente, uma vez que promove manutenção ou restabelecimento das funções bucais, além de promover a autonomia do cuidado.

A equipe de saúde bucal da família deve inserir-se no contexto da estratégia do PSF, buscando oferecer atendimento humanizado e suporte ao paciente e à família através de ações preventivas e de reabilitação, auxiliando a equipe de saúde mental na inclusão social do paciente com transtornos mentais.

auxiliando a sareabilitaçcer atendimento e suporte ao paciente e ma vez que promove manutenç

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE KLC, FERREIRA EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.11, n.1, p.123-130, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. 2010a. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149) Acesso: 18 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. 2010b. Disponível em: [http://189.28.128.100/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://189.28.128.100/portal/saude/area.cfm?id_area=925) Acesso: 18 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental: atenção básica**. 2010c. Disponível em: [http://189.28.128.100/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1](http://189.28.128.100/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1) Acesso: 18 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental: o que é reforma psiquiátrica**. 2010d. Disponível em: [http://189.28.128.100/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33929](http://189.28.128.100/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929) Acesso: 18 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. Disponível em <http://www.saude.gov.br/> Acesso: 12 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. **Lei nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/2002/L10406.htm>>. Acesso: 10 jan. 2010.

BRASIL. **Decreto nº 3.298**, de 20/12/1999. Disponível em: <<http://www.cedipod.org.br/dec3298.htm>> Acesso: 22 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 48 p.

BRODER HL, SLADE G, CAINER R, REISINE S. Perceived impact of oral health conditions among minority adolescents. **J Publ Health Dent**. v.60, p.189-192, 2000.

CARVALHO EMC, ARAUJO RPC. A saúde bucal em portadores de transtornos mentais e comportamentais. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.** v.4, n.1, p.65-75, 2004.

CHEN MS, HUNTER P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. **Soc Sci Med.** v.43, p.1213-1222, 1996.

CHIANCA TK, DEUS MR, DOURADO AS, LEÃO AT, VIANNA RBC. El impacto de la salud bucal em la calidad de vida. **Rev Fola Oral.** v.5, p.96-102, 1999.

ENOCH MD, JAGGER RG. **Psychiatric Disorders in Dental Practice.** Oxford: Wright. 1994. 132 p.

FAULKS D, HENNEQUIN M. Evaluation of a long-term oral health program by carers of children and adults with intellectual disabilities. **Spec Care Dentist.** v.20, p.199-208, 2000.

GITTO CA, MORONI MJ, TEREZHALMY GT, SANDU S. The patient with Alzheimer's disease. **Quintessence Int.** v.32, n.3, p.221-231, 2001.

GOFFMAN E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988. 230 p.

HAAS NAT, MAYRINK S, ALVES MU. Prevalência de cárie dentária em pacientes portadores de transtornos mentais, Blumenau, SC, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.** v.8, n.1, p.57-61, 2008.

HADDAD AS, MAGALHÃES MH. Introdução. In: HADDAD AS. **Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.** São Paulo: Santos; 2007. Cap.1, p.1-6.

IGLESIAS-ARAÚJO NCB. Prevalência de cárie dentária em crianças portadoras de síndrome de Down na faixa etária de 0 a 60 meses. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.** v.3, p.147-157, 2000.

JORGE MAS, ALENCAR PSS, BELMONTE PR, REIS VLM. O indivíduo e o seu contexto social. In: \_\_\_\_\_ (Orgs.). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Textos de Apoio em Saúde Mental.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. P.51-71.

LUCCHESI R, OLIVEIRA AGB, CONCINI ME, MARCON SR. Saúde mental no programa saúde da família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad Saúde Pública.** v.25, n.7, p.2032-2042, 2007.

MACHADO K. Como anda a reforma psiquiátrica? **Radis:** comunicação e saúde. N.38, p.1-4, 2005.

MACHADO APC, MOCINHO RR. Saúde mental: um desafio no Programa Saúde da Família. **Boletim da Saúde.** Porto Alegre, v.17, 2003.

MARAGNO L, GOLDBAUM M, GIANINI RJ, NOVAES HMD, CÉSAR CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.22, n.8, p.1639-1648, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Saúde em casa. Atenção em saúde mental**. 2 ed. Belo Horizonte. 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte, 2006. 286p.

NUNES M, JUCA VJ, VALENTIM CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad Saúde Pública**. v.23, n.10, p.2375-2384, 2007.

NUNES FILHO EP, BUENO JR, NARDIA AE. **Psiquiatria e Saúde Mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. São Paulo: Atheneu, 1996. 279 p.

OLIVEIRA AC, CZERESNIA D, PAIVA SM, CAMPOS MR, FERREIRA EF. Uso de serviços odontológicos por pacientes com síndrome de Down. **Rev Saúde Pública**. v.42, p.693-699, 2008.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial de Saúde. **Saúde Bucal**. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/bucal.htm>>. Acesso: 15 jul. 2006.

PERES AS, PERES SHCS, SILVA RHA. Atendimento a pacientes especiais: reflexão sobre os aspectos éticos e legais. **Rev Fac Odontol Lins**. v.17, n.1, p.49-53, 2005.

RAGGIO DP, TAKEUTI ML, GUARÉ RO, HADDAD AS, IMPARATO JCP, CIAMPONI AL. Remoção químico-mecânica de tecido cariado em paciente portador de Síndrome de Down – relato de caso clínico. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**. v.4, p.191-196, 2001.

ROCHA JC. O que existe de novo para o portador de necessidades especiais? **Rev APCD**. v.56, p.44-45, 2002.

ROSA WAG, LABATE RC. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Rev Bras Enferm**. v.56, p.230-235, 2003.

SEDLACEK P, LUCIANO RR, AGUIAR AS, TEFI-MARCONDES WA, MELO LM. Aspectos psicossociais na assistência odontológica ambulatorial ao portador de deficiência mental. **Rev Inst Ciênc Saúde**. v.14, p.65-70, 1996.

SHIRAKAWA IO. **Ajustamento Social na Esquizofrenia**. 3 ed. São Paulo: Lemos, 1999. 160 p.

SOUZA AJF, MATIAS GN, GOMES KFA, PARENTE ACM. A saúde mental no programa de saúde da família. **Rev Bras Enferm**. v.60, n.4, p.391-395, 2007.

SOUZA HM. Entrevista com a diretora do departamento de atenção básica SPS/MS. **Rev Bras Enferm**. v.53, n.1, p.7-16, 2000.

VARJÃO FM. Assistência odontológica para o paciente portador da doença de Alzheimer. **Rev Odonto Ciência**. v.21, n.53, p.284-288, 2006.

VELASCO E, MACHUCA G, MARTINEZ-SAHUQUILLO A, RIOS V, LACALLE J, BULLOAN P. Dental health among institutionalized psychiatric patients in Spain. **Spec Care Dentist**. v.17, n.6, p.217-221; 1997.

WHYMAN RA, TREASURE ET, BROWN RH, MACFADYEN EE. The oral health of long-term residents of a hospital for the intellectually handicapped and psychiatrically ill. **New Z Dent J**. v.91, n.6, p.49-56, 1995.

-----