

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MILLENE OLIVEIRA LEITE

**CAPACITAÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS, DO MUNICÍPIO DE
PEDRA AZUL FRENTE AO ATENDIMENTO DE USUÁRIOS COM
NECESSIDADES ESPECIAIS.**

**ARAÇUAÍ/MINAS GERAIS
2010**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MILLENE OLIVEIRA LEITE

**CAPACITAÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS, DO MUNICÍPIO DE
PEDRA AZUL FRENTE AO ATENDIMENTO DE USUÁRIOS COM
NECESSIDADES ESPECIAIS.**

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

Orientador: Marco Túlio de Freitas
Ribeiro

**ARAÇUAÍ/MINAS GERAIS
2010**

MILLENE OLIVEIRA LEITE

**ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA:
CAPACITAÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS, DO MUNICÍPIO DE
PEDRA AZUL FRENTE AO ATENDIMENTO DE USUÁRIOS COM
NECESSIDADES ESPECIAIS.**

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

Orientador: Marco Túlio de Freitas
Ribeiro

Banca Examinadora

Professora: **Efigênia Ferreira e Ferreira**

Professor: **Marco Túlio de Freitas Ribeiro**

Data da Aprovação: ____/____/____.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos meus queridos pais, o meu porto seguro, com quem aprendo todos os dias uma nova lição de vida, de amizade, de luta...

À Nino e Li presença constante em todos os momentos de minha vida,

À Márcio exemplo de carinho e retidão.

AGRADECIMENTOS

À DEUS que meu deu o Dom da Vida.

Ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG – NESCON pela oportunidade concedida a todos nós profissionais da área de saúde do Vale do Jequitinhonha/MG.

Ao orientador, Marco Túlio pelo apoio dispensado e pela atenção com que fui atendida durante a construção deste projeto.

Á Estela Vieira pelo exemplo profissional, que a tornou referência em nossas vidas.

À Natalice e Carmosina por fornecerem os dados da APAE

Aos Cirurgiões-Dentistas do município de Pedra Azul pela boa vontade em contribuir com a este trabalho.

**O futuro tem muitos nomes. Para os fracos é o inalcançável,
para os temerosos, o desconhecido. Para os valentes é a oportunidade.
(Victor Hugo).**

RESUMO

Há séculos a sociedade encontra dificuldades em lidar com usuários com necessidades especiais, por estes apresentarem problemas físicos, mentais, sociais, sensoriais, neurológicos e emocionais. Essas dificuldades são frutos do legado histórico e da falta de informação, os quais geram preconceito e despreparo da sociedade. A saúde bucal do usuário com necessidades especiais é, geralmente, comprometida. Uma grande responsabilidade por tal quadro pode ser imputada à profissão odontológica que recusa atendimento clínico e de orientação para a saúde à esses pacientes, muitas vezes por medo, outras vezes por preconceito. Dentro desse contexto, o objetivo deste trabalho é avaliar a capacitação dos Cirurgiões-Dentistas municipais frente ao atendimento odontológico de usuários com necessidades especiais do município de Pedra Azul/MG. Este foi um estudo censitário, em que foram encaminhados questionários aos dez Cirurgiões-Dentistas da rede Municipal. Para a análise dos dados, estes foram organizados em planilhas, onde a partir destas obteve-se gráficos e tabelas para a apresentação dos resultados. Como uma das conclusões deste projeto, destacamos que há necessidade de capacitação dos profissionais de Saúde Bucal da rede Municipal para o atendimento de UNE.

Palavras chave: Usuários com necessidades especiais, Cirurgião-Dentista.

ABSTRACT

For centuries, the company has difficulties in dealing with users with special needs, they provide physical, mental, social, sensory, neurological and emotional. These difficulties are the result of historical legacy and the lack of information, which generate prejudice and unpreparedness of society. Oral health of User with special needs is often compromised. A major responsibility for this framework can be attributed to the dental profession who refuses medical care and guidance to the health of these patients, often out of fear, sometimes by prejudice. Within this context, this paper he discusses an evaluation of the training of Dental Surgeons front of the municipal dental care for users with special needs in Pedra Azul, MG. This was a census, in which questionnaires were sent to the ten Dentists Municipal network. For data analysis, these were arranged in sheets, from which we obtained these graphs and tables for the presentation of results. As one of the conclusions of this project highlight the need for specific training for Oral Health Network City to care for UNE.

Keywords: users with special needs, Dentist,

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Grupos Clínicos Prevalentes na APAE/ Pedra Azul	23
TABELA 1 – Distribuição da Amostra por Sexo e Idade dos Cirurgiões-Dentistas da rede Municipal de Saúde Bucal de Pedra Azul/MG.....	25
TABELA 2 – Distribuição da Amostra por Sexo, Local de Trabalho e Ano de Conclusão dos Odontólogos da Rede Municipal de Saúde Bucal de Pedra Azul/MG.....	26
GRÁFICO 2 – Tipos de Dificuldades encontradas pelos Odontólogos frente ao Atendimento de Usuários com Necessidades Especiais.....	28
GRÁFICO 3 – Porcentagem de dentistas que conhecem os alunos da APAE de Pedra Azul/MG.....	30
GRÁFICO 4 – Procura de UNE por Serviços de Saúde Bucal.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UNE – Usuários com Necessidades Especiais

QI – Quociente de Inteligência

CD – Cirurgião-Dentista

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PC – Paralisia Cerebral

RM – Retardo Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DM – Deficiência Mental

CIDDM - Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação

CIDID - Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DA LITERATURA	
2.1.Usuários com Necessidades Especiais.....	12
2.1.1. Autismo.....	14
2.1.2. Deficiência Visual.....	15
2.1.3. Paralisia Cerebral.....	16
2.1.4. Deficiência Auditiva	16
2.1.5. Retardo Mental	17
2.1.6. Síndrome de Down	17
2.2. Atendimento odontológico de Usuários com Necessidades Especiais.....	18
2.3. Política Nacional de Saúde da Pessoa portadora de deficiência.....	21
3. METODOLOGIA	
3.1. Delineamento do Estudo.....	23
3.2. População de Estudo.....	24
3.3. Composição e Seleção da Amostra.....	24
3.4. Instrumento de Coleta de Dados.....	24
3.5. Coleta de Dados.....	24
3.6. Análise dos Dados.....	24
4. RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	26
5. CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
APÊNDICE A.....	39

1. INTRODUÇÃO

Segundo Gullikson (1973), o conceito de paciente especial é todo indivíduo, adulto e criança, que desvia física, intelectual, social ou emocionalmente daquilo que é considerado normal em relação aos padrões de crescimento e desenvolvimento e por isso não pode receber educação regular, padronizada, requerendo educação especial e instrução suplementar em serviços adequados para o resto da vida.

O atendimento integral à pessoa portadora de deficiência, por parte do poder público estatal, ainda é precário (BRASIL, 2008).

No Brasil, a prática Odontológica em pacientes portadores de deficiência física e mental ainda pode ser desprezada. Poucos dentistas se interessam em atender tais pacientes por reconhecê-los como um “fenômeno da natureza”, “difíceis” (CELESTE et al, 2004).

Neste cenário, o atendimento odontológico especializado dos usuários especiais é insuficiente, existe falta de condições para uma avaliação técnica especializada para detectar a deficiência e a falta de condições humanas na sociedade para portadores de necessidades especiais.

Em Pedra Azul a Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE) é uma associação que não dispõe de atendimento odontológico próprio aos seus alunos, e não está recebendo cobertura da Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família – Saúde do Futuro, que teoricamente é a sua responsável. Esta falta de atendimento odontológico tem comprometido a qualidade de vida destes usuários.

Diante disto, este trabalho tem como objetivo avaliar a capacitação dos Cirurgiões-Dentistas frente ao atendimento Odontológico de usuários com necessidades especiais, considerando nesse trabalho os portadores de Autismo, Paralisia Cerebral, Deficiência Auditiva, Retardo Mental, Síndrome de Down e Deficiência Visual, tendo em vista que são as deficiências prevalentes na Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE) do município de Pedra Azul/MG.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 . Usuários com Necessidades Especiais – UNE.

Segundo Resende (1998), são considerados “pacientes especiais aqueles que apresentem qualquer tipo de condição que os façam necessitar de atendimento diferenciado por um período ou por toda sua vida. Neste grupo estão incluídos os portadores de doenças metabólicas como o Diabetes, alterações dos sistemas, como a hipertensão, condições transitórias como a gravidez, pessoas que perderam sua condição de normalidade como as vítimas de acidentes, os idosos, os deficientes mentais, entre outros.”

Paciente especial é todo indivíduo que possui alteração física, intelectual, social ou emocional – alteração essa aguda ou crônica, simples ou complexa – que necessita de educação especial e instruções suplementares temporárias ou definitivamente (FOURNIOL, 1998).

No Decreto nº. 3.298/99 deficiência é definida como toda perda ou anormalidade de uma estrutura e/ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que desencadeie incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; e considera incapacidade como uma redução efetiva da capacidade de integração social (BRASIL, 2008).

Acompanhando as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelas pessoas portadoras de deficiência, o conceito relacionado a essas pessoas tem evoluído. O marco dessa evolução é a década de 60, período em que se teve início ao processo de formulação de um conceito de deficiência (BRASIL, 2008).

O ano de 1981 foi declarado pela organização das Nações Unidas (ONU), como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, colocando em evidência e em discussão, a situação da população portadora de deficiência no mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, onde a pobreza e a injustiça social tendem a agravar a situação. Daquele Ano Internacional, obteve-se a aprovação na Assembléia geral da ONU, no ano de 1982, o Programa de Ação Mundial para Pessoas com deficiências (BRASIL, 2008).

Tal documento ressalta o direito dessas pessoas a oportunidades idênticas às dos demais cidadãos, bem como o de usufruir, em condições de igualdade, das

melhorias nas condições de vida resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social (BRASIL, 2008).

Outro marco importante foi o Decreto nº. 3.956/01, que define: “deficiência como uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social” (BRASIL, 2008).

A Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, (CIDID), em 1989, definiu “deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; a incapacidade como toda restrição ou falta – devida a uma deficiência – da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida que se considera normal para um ser humano; e a desvantagem como uma situação prejudicial para um determinado indivíduo em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso (em função da idade, do sexo e dos fatores sociais e culturais)”. Após quase dez anos, em 1997, a OMS rerepresentou essa Classificação Internacional com um novo título e novas conceituações. Passando a denominar-se Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde (CIDDM-2) (BRASIL, 2008).

De acordo CIDDM-2 deficiência é considerada como perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais. Concebe que a atividade está relacionada com o que as pessoas fazem em qualquer nível de complexidade. A limitação da atividade, antes conceituada como incapacidade, é entendida a partir de agora como uma dificuldade no desempenho pessoal. No entanto, o termo incapacidade não é mais usado porque pode ser entendido como uma desqualificação social. A CIDDM-2 inclui a terminologia participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa portadora de deficiência, a limitação da atividade e os fatores socioambientais (BRASIL, 2008).

A partir da Assembléia Mundial da Saúde, em maio de 2001, que aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial da Saúde (OMS), a deficiência passou a ser compreendida como parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indica necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente

(CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, 2003) (BRASIL, 2008).

O Brasil, até a última década do século XX, não dispunha de dados oficiais sobre essa população com deficiência. As pesquisas voltadas para esse público tomavam como referência a estimativa da OMS, segundo a qual 10% da população de um país, em tempos de paz, possui algum tipo de deficiência. A Lei nº. 7.853, de 24 de outubro de 1989, faz referência à obrigatoriedade da inclusão de questões específicas sobre a população com deficiências nos censos nacionais como condição essencial para o conhecimento da realidade brasileira e indispensável para sustentar a definição de políticas específicas (BRASIL, 2008).

Os resultados do Censo de 2000, no que se referem à população com deficiência, provocou um impacto positivo no sentido de aproximação com a realidade e com os dados internacionais. Foram identificadas 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, o equivalente a 14,5% da população brasileira. A maior proporção se encontra na Região Nordeste (16,8%) e a menor na Região Sudeste (13,1) (BRASIL, 2008).

Do total de 24,5 milhões de pessoas com deficiências no Brasil, 48,1% são portadoras de deficiência visual; 22,9% de deficiência motora; 16,7% de deficiência auditiva; 8,3% de deficiência mental e 4,1% de deficiência física. (BRASIL, 2008).

2.1.1 Autismo.

Autismo é uma síndrome comportamental com etiologias diferentes, na qual o processo de desenvolvimento infantil encontra-se profundamente distorcido (GILLBERG, 1990; RUTTER, 1996).

Uma definição universalmente aceita para o autismo não foi ainda estabelecida, embora o distúrbio esteja comportamentalmente definido. Várias são as características observadas no distúrbio autista: não relacionamento com outras crianças, atitudes próprias de deficiente auditivo, dificuldade de aprendizado, ausência de medo diante de perigos reais, resistência as mudanças de rotina, utilização de pessoas como objetos, risos e movimentos estereotipados, resistência ao contato físico, acentuada hiperatividade física, olhar vago sem estabelecimento de contato visual, apego anormal a objetos, manuseio de objetos de forma não usual, presença muitas vezes de agressividade e comportamento indiferente e arredo (PIRES *et al.*, 1998). E ainda,

impulsividade, acesso de auto-agressividade, atraso ou ausência total no desenvolvimento da linguagem verbal são características relevantes da Síndrome (MORAES, 2002).

O diagnóstico e subclassificações do autismo estiveram sob o amplo rótulo de “esquizofrenia infantil” por muitas décadas. Entretanto, segundo Rutter (1985), já havia nos anos 70, um reconhecimento de que seria necessário distinguir-se entre as severas desordens mentais, surgidas na infância, e as psicoses cujo aparecimento se faz mais tarde. (BOSA, 2000).

A prevalência é quatro vezes maior em meninos do que em meninas (RUTTER, 1985; WING, 1981) e há alguma evidência de que as meninas tendem a ser mais severamente afetadas (WING, 1996). Entretanto, isso pode ser devido à tendência de meninas com autismo apresentarem QI mais baixo do que os meninos, pelo menos nos estudos de Lord e sua equipe (LORD & SCHOPLER, 1985).

2.1.2. Deficiência Visual.

A deficiência visual compreende uma situação irreversível da função visual. A pessoa com deficiência visual, cegueira ou baixa visão tem sua funcionalidade comprometida, com prejuízo na sua capacidade de realização de tarefas (BRASIL, 2008).

A OMS, de acordo com dados baseados na população mundial do ano de 2002, estima que mais de 161 milhões de pessoas sejam portadoras de deficiência visual, das quais 124 milhões teriam baixa visão e 37 milhões seriam cegas. Estima-se que 90% dos casos de deficiência visual estejam nos países em desenvolvimento e a maior parte poderia ser evitada por prevenção ou tratamentos existentes (BRASIL, 2008).

Nos países em desenvolvimento a cegueira na infância é decorrente de fatores nutricionais, infecciosos e falta de tecnologia apropriada. Nos países com renda per capita intermediária, as causas são variadas e observa-se a retinopatia da prematuridade como causa emergente de cegueira nos países da América Latina e do leste europeu (BRASIL, 2008).

2.1.3. Paralisia Cerebral.

A paralisia cerebral (PC) “é um distúrbio do movimento e da postura que resulta de lesão cerebral não-progressiva ocorrida no período inicial do desenvolvimento infantil, podendo apresentar sintomatologia variada, que caracteriza a gravidade do comprometimento neuromotor” (MANCINI et al, 2004).

A PC acomete o indivíduo de diferentes formas, dependendo da área do sistema nervoso afetada. Seu portador apresenta alterações neuromusculares, como variações de tono muscular, persistência de reflexos primitivos, rigidez, espasticidade, entre outros. A PC pode interferir de forma importante na interação da criança em contextos relevantes, influenciando, assim, o desempenho não só de marcos motores básicos (rolar, sentar, engatinhar, andar), mas também de atividades da rotina diária, como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, locomover-se em ambientes variados, entre outras (MANCINI et al, 2004).

Nos Estados Unidos, a incidência de PC tem variado de 1,5 a 5,9/1.000 nascidos vivos. No Brasil, estima-se que a cada 1.000 crianças que nascem, 7 são portadoras de PC. Nos países em desenvolvimento como o Brasil, essa condição pode estar relacionada a problemas gestacionais, más condições de nutrição materna e infantil e atendimento médico e hospitalar muitas vezes inadequado, dada a demanda das condições clínicas apresentadas principalmente por crianças nascidas antes da correta maturação neurológica. (MANCINI et al, 2004).

Por não ser patologia de notificação compulsória, a paralisia cerebral apresenta-se como de difícil avaliação em termos de incidência, até mesmo nos países do primeiro mundo, como na Inglaterra e nos Estados Unidos (BRASIL, 2008).

2.1.4. Deficiência Auditiva.

A deficiência auditiva, caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir, manifesta-se como surdez leve e moderada e surdez severa ou profunda. Assim como na visual, as pessoas portadoras de deficiência auditiva podem ser afetadas na sua aprendizagem e no seu desenvolvimento integral. A estimativa da OMS, em 1993, era de que 1,5% da população brasileira – cerca de 2.250.000 habitantes – seria portadora dessa deficiência (BRASIL, 2008).

As causas de deficiência auditiva (de moderada a profunda) mais frequentes em crianças são a rubéola gestacional e outras infecções pré-natais. Contudo, em cerca de 33% dos casos não se consegue estabelecer uma etiologia para essa afecção. Nos casos de deficiência auditiva de leve a moderada, a otite média é a causa mais frequente na infância, com uma incidência em torno de 33%. Os resultados do Censo 2000, realizado pelo IBGE, indicam que 3,3% da população declarou ter algum problema auditivo, sendo que pelo menos 1% dessas declarações foram de pessoas que disseram sentir grande dificuldade ou relataram ser incapazes de ouvir (BRASIL, 2008).

2.1.5. Retardo Mental.

O retardo mental (RM) é um dos transtornos neuropsiquiátricos mais comuns em crianças e adolescentes. A taxa de prevalência tradicionalmente citada é de 1% da população jovem, porém alguns autores mencionam taxas de 2 a 3% e há estimativas de até 10%. As crianças acometidas muitas vezes apresentam-se ao pediatra geral com queixa de atraso na fala/linguagem, alteração do comportamento, ou baixo rendimento escolar (VASCONCELOS, 2004).

As causas de RM podem ser genéticas ou ambientais, e congênitas (por exemplo, exposição fetal a teratógenos, distúrbios cromossômicos) ou adquiridas (por exemplo, infecção do sistema nervoso central, traumatismo craniano). Classicamente, correlaciona-se a intensidade do RM com o escore do QI. Assim, as crianças com QI de 50-55 a 70 têm RM leve; as com QI de 35-40 a 50-55, RM moderado; aquelas com QI de 20-25 a 35-40, RM grave; e as com QI inferior a 20-25, RM profundo⁷. O RM leve é 7 a 10 vezes mais comum que o RM moderado ou grave¹². Um esquema mais prático subdivide o RM em leve (QI de 50-70) e grave (QI < 50) (VASCONCELOS, 2004).

2.1.6. Síndrome de Down.

A síndrome de Down é uma condição genética, reconhecida há mais de um século por John Langdon Down, que constitui uma das causas mais frequentes de deficiência mental (DM), compreendendo cerca de 18% do total de deficientes mentais em instituições especializadas (MOREIRA, 2000).

A síndrome de Down ou trissomia do 21 é a causa mais comum de retardo Mental, e sua incidência aproximada é de 1:800 nascidos vivos. Algumas séries

mencionam que até 20% do total de crianças com Retardo Mental têm síndrome de Down. As crianças afetadas apresentam um QI médio de 50, e o diagnóstico geralmente é suscitado a partir das manifestações clínicas, como prega simiesca, hipotonia, pregas epicânticas, occipício achatado, macroglossia, fissuras palpebrais oblíquas, ausência do reflexo de Moro no período neonatal, espaço aumentado entre o primeiro e segundo dedos do pé e cardiopatia congênita, como defeitos dos coxins endocárdicos e comunicação interventricular (VASCONCELOS, 2004).

Além do atraso no desenvolvimento, outros problemas de saúde podem ocorrer no portador da síndrome de Down: cardiopatia congênita (40%); hipotonia (100%); problemas de audição (50 a 70%); de visão (15 a 50%); alterações na coluna cervical (1 a 10%); distúrbios da tireóide (15%); problemas neurológicos (5 a 10%); obesidade e envelhecimento precoce (MOREIRA, 2000).

Tratamentos e terapias, como a Fisioterapia e Fonoterapia, têm contribuído para um melhor prognóstico destes pacientes. Consequentemente, melhorando o desenvolvimento e desempenho social do portador da síndrome de Down (MOREIRA, 2000).

Todo indivíduo com deficiência mental moderada ou profunda que tem pelo menos mais uma deficiência presente, podendo ser, Auditiva, visual, Paralisia, dentre outras, é considerado um indivíduo portador de Deficiência Múltipla (SNEEL, 1978).

2.2. Atendimento Odontológico de Usuários com Necessidades Especiais.

“Historicamente a odontologia para pacientes especiais até a alguns anos não tinha ainda estruturas científicas e era praticada de uma forma que tendia para a caridade. Hoje, a odontologia visa buscar as soluções bucais para deficientes, colaborando na resolução dos problemas médicos, integrando-se a equipes de reabilitação. Essa odontologia tende a crescer em todos seus aspectos, mesmo com grandes dificuldades, deverá em tempo muito breve recuperar o tempo perdido.” (FOURNIOL, 1981).

Os problemas odontológicos são frequentes nesses pacientes. A incidência de cárie dentária e gengivite é geralmente muito alta. A incapacidade desses pacientes para manter uma higiene bucal adequada é suficiente para explicar o índice elevado dessas ocorrências. A este fator etiológico podem, entretanto, somar-se a outros como

respirador bucal, anormalidade de oclusão, dieta cariogênica e efeitos de medicamentos (GRUNSPUN, 1972).

Os portadores de deficiências neuropsicomotoras muitas vezes apresentam doenças bucais que comprometem seriamente os dentes, levando a sua perda. (BRASIL, 1993). São pessoas que geralmente não tem habilidade para promoverem uma higiene oral satisfatória e muitas vezes não permitem que outras a façam, ou a façam de maneira inadequada por possuírem comportamento agressivo ou mesmo por apresentarem movimentos involuntários que dificultam a higienização. Entretanto, aquelas que se apresentam com certa autosuficiência e independência em relação à escovação tem a higiene oral negligenciada pelos cuidadores (MARTENS et al, 2000). Agravando a condição de saúde bucal desses pacientes, frequentemente, os familiares, como forma de demonstrarem seu carinho, ofertam variados alimentos açucarados. Esses pacientes, geralmente, possuem uma alimentação mais pastosa, usam mamadeira por mais tempo, apresentam deglutição atípica e utilizam medicamentos contendo em sua composição sacarose ou medicamentos que podem causar xerostomia (FOURNIOL FILHO E FACION, 1998).

A falta de cuidados profiláticos e terapêuticos desencadeia graves problemas orais em qualquer pessoa, seja ela normal ou diferente. O organismo do paciente especial é comovido pelo desequilíbrio metabólico geral, onde o descuido gera lesões no organismo sendo a boca a cavidade onde se refletem as conseqüências deste descaso (CELESTE et al, 2005).

Particularmente no que diz respeito ao paciente com déficit neuromotor, a literatura especializada nacional e internacional relata que o índice de cárie e a quantidade de placa bacteriana são maiores nos pacientes especiais que na média da população.

Pacientes portadores de deficiência física e mental podem apresentar, para os dentistas, algumas dificuldades no seu manejo e no próprio tratamento odontológico. No entanto, antes de serem classificados por alguns como “pacientes difíceis”, eles são uma realidade, “diferentes”, sob alguns aspectos. Um grande número dos pacientes, acima referidos, pode ser tratado em ambiente ambulatorial sendo fundamental que o profissional possua conhecimentos técnicos e científicos sobre alguns dos problemas mais comuns que afetam esses pacientes, além da boa vontade, paciência e espírito humanitário. Somente alguns distúrbios podem exigir equipamentos especiais, além de certas deficiências profundas que indicam um tratamento sob anestesia geral. Porém,

querer submeter um paciente ao tratamento com anestesia geral, sem tentativa de condicionamento é uma atitude cômoda que visa interesses puramente profissionais (TOLEDO, 1986).

Segundo Vono (1965) as crianças deficientes mentais geralmente são incapazes de cooperar totalmente com o dentista, porém a maioria consegue seguir instruções, se forem transmitidas de maneira adequada ao seu entendimento.

A falta de vivência clínica dos dentistas e de recursos odontológicos, mesmo nos centros hospitalares, para tratamento preventivo, cirúrgico-restaurador e reabilitador e a falta de recursos financeiros contribuem para que sejam adotadas soluções extremas, como exodontias múltiplas.

Como existe um grande número de usuários com deficiência mental de baixo poder aquisitivo, eles ficam sem opção de tratamento, dependendo do serviço público, sendo encaminhados para tratamento sob anestesia geral através do Serviço Único de Saúde (SUS). São grandes os riscos para o “UNE” oferecidos pela anestesia geral por se tratar de injeção de grande número de depressores do sistema nervoso central em altas doses, devendo tal procedimento ser direcionado para casos de indicação restrita (RESENDE et al, 2004).

A situação atual de saúde bucal dos pacientes especiais tem sido pouco estudada e dados fidedignos são escassos no Brasil. Essa realidade atinge cerca de 10% da população brasileira, hoje representada por cerca de 15 milhões de deficientes, em sua maioria assistidos esporadicamente, em caráter de benemerência (FAGOTE, 1999).

O relacionamento é muito importante e para isso o dentista deve estar dotado de conhecimentos em sua área de atuação, assim como em áreas multidisciplinares (FOURNIOL, 1998).

Para o cirurgião-dentista os exames complementares de laboratório são tão valiosos como para o médico, pois junto com o relatório médico, destacam condições orgânicas do paciente e suas possíveis implicações (FOURNIOL, 1998).

Existe uma grande deficiência nos currículos das Escolas de Odontologia com relação à formação profissional do dentista para atender pessoas com deficiências físicas e mentais.

Os dentistas não se sentem seguros para o atendimento e terminam por indicar o paciente para a anestesia geral, talvez como uma forma de se tornar livre do problema. Infelizmente, o sistema não comporta a demanda nem dos que realmente precisam e não está organizado adequadamente para atendê-los (RESENDE et al, 2005).

2.3. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

No Brasil, a atenção aos deficientes surgiu com o caráter de atendimento elementar, nas áreas de educação e de saúde, desenvolvida em instituições filantrópicas, evoluindo depois para o atendimento de reabilitação, sem assumir, contudo, uma abordagem integradora desse processo e preservando, na maioria dos casos, uma postura assistencialista. (BRASIL, 2008).

O Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituído pela Portaria nº. 827/1991, no âmbito do Ministério da Saúde, tem como objetivo promover a redução da incidência de deficiência no País e garantir a atenção integral a tal população na rede de serviços do SUS. Em decorrência do citado programa, o Ministério da Saúde editou um conjunto de portarias que estabelecem normas e incluem os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no SUS, regulamentando, inclusive, a concessão de órteses e próteses (BRASIL, 2008).

A atenção integral à saúde das pessoas portadoras de deficiência inclui 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).

A Portaria 599/06 MS/GM define a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), onde além de outras especialidades deve-se ofertar atendimento em atenção primária e especializada a portadores de necessidades especiais (BRASIL, 2006).

Apesar de todas as medidas até então levadas a efeito, ainda persistem fatores que dificultam o alcance de melhores resultados na atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência, entre os quais destacam-se: a desinformação da sociedade em geral, a precária distribuição dos recursos financeiros e a visão limitada dos serviços (BRASIL, 2008).

Assim, a assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência, incluindo-se a assistência em reabilitação, deverá ser prestada observando-se os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, compreendendo desde as

unidades básicas de saúde, os centros de atendimento em reabilitação – públicos ou privados – e as organizações não-governamentais até os Centros de Referência em Reabilitação, responsáveis pelas ações de maior nível de complexidade (BRASIL, 2008).

A organização e o funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência compreenderão também a assistência domiciliar. A rede de atenção integral à pessoa deficiente deverá, necessariamente, prover os serviços necessários da forma mais próxima possível. Na ausência de condições para tal, deverão ser feitos os encaminhamentos necessários, bem como o acompanhamento dos resultados alcançados (BRASIL, 2008).

A porta de entrada do usuário deverá ser a unidade básica de saúde ou os serviços de emergência ou pronto atendimento, onde será assistido, receberá orientação e ou encaminhamento para a unidade mais adequada ao seu caso. (BRASIL, 2008).

O serviço de saúde local deverá atuar de forma articulada com a área de assistência social visando, em especial, a facilitar o acesso ao tratamento da pessoa portadora de deficiência (BRASIL, 2008).

3. METODOLOGIA

3.1. Delineamento do Estudo

Este foi um estudo transversal descritivo realizado em Pedra Azul/MG no período de 2009/2010.

A APAE foi fundada, neste município, em junho de 1993. É uma sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos, onde se constrói a casa do educando com deficiência. Sua missão consiste em promover uma vida digna e justa as pessoas com deficiência. E para isso se faz necessário articular órgãos competentes para conseguir recursos, fortalecendo as ações propostas a serem desenvolvidas.

Atualmente, são atendidos 72 alunos de 0 a 50 anos de idade, inseridos no Curso Escolar. A APAE é beneficiada por uma verba da Educação (PDDE) e conta com a colaboração de associados e de empresas locais.

No social os alunos participam de eventos (Auditórios escolares, Comemorações das datas mais significativas, abertura de eventos em outras localidades, Festival regional, dentre outros).

De acordo com os laudos médicos dos 72 (setenta e dois) alunos matriculados na APAE, a distribuição por grupos clínicos se apresenta conforme gráfico abaixo:

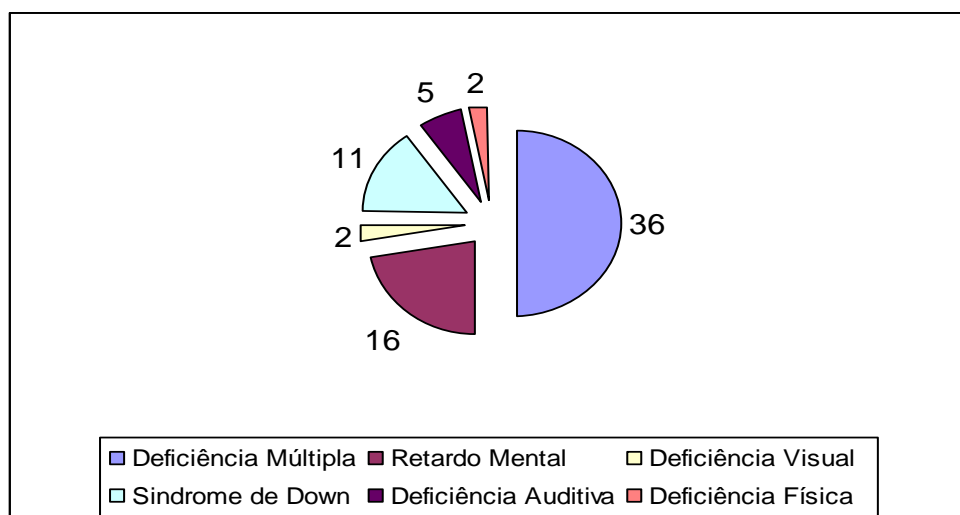


Gráfico 1: Grupos Clínicos Prevalentes na APAE/Pedra Azul

Fonte: Banco de dados da pesquisa

3.2. População de Estudo

O público alvo deste estudo foi formado pelos 10 (dez) Cirurgiões-Dentistas da Rede Municipal de Saúde, que trabalham tanto em escolas, na Estratégia Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal e no Sistema Convencional.

3.3. Composição e Seleção da Amostra

Este foi um estudo censitário, em que foram encaminhados questionários a todos dez (10) profissionais da área odontológica da Rede Municipal de Saúde.

3.4. Instrumento de coleta de dados

Foi elaborado um questionário (APÊNDICE A) contendo 24 perguntas para avaliar as dificuldades encontradas pelos dentistas frente ao atendimento odontológico de UNE; abordando temas relacionados ao atendimento dos UNE, a formação destes dentistas, à existência ou não de trabalho multiprofissional.

3.5. Coleta de dados

A coleta de dados foi feita a partir de um questionário entregue a todos os odontólogos da rede municipal em seus locais de trabalho. Dos dez questionários entregues, um profissional não quis participar deste projeto, alegando “falta de tempo” e outro dentista estava de férias em outra localidade.

Foi explicado a cada um dos profissionais a finalidade do questionário; que o instrumento era composto por 24 perguntas, abertas e fechadas, que visavam mensurar as dificuldades encontradas pelos dentistas diante do atendimento de usuários com necessidades especiais.

3.6. Análise dos dados

Os dados foram organizados em planilhas para análise dos resultados. Foi feita uma análise descritiva e os percentuais obtidos foram organizados em gráficos e tabelas para apresentação dos resultados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 10 questionários entregues para preenchimento, houve um retorno de 8, gerando uma perda de 20%. Este percentual é considerado satisfatório para estudos com utilização de questionários para auto-preenchimento.

A amostra foi composta por 8 (oito) dentistas, distribuídos conforme o sexo e idade, de acordo com a tabela 1, abaixo:

TABELA 1

Distribuição da Amostra por Sexo e Idade dos Cirurgiões-Dentistas da rede Municipal de Saúde Bucal de Pedra Azul/MG .

SEXO	IDADE
50 % mulheres	25% com 30 anos 12,5% com 26 anos 12,5% com 35 anos
50% homens	25% com 34 anos 12,5% com 31 anos 12,5% com 64 anos

Fonte: Banco de dados da pesquisa

Todos os profissionais são graduados há mais de 04 anos, com datas de conclusão de curso variando de 1976 a 2006.

Quanto ao local de trabalho, 50% dos profissionais trabalham na Estratégia Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal; 25% nas escolas e 25% no Sistema Convencional (Postos de Saúde). Na tabela 2 a seguir, nota-se a relação entre local de trabalho, sexo e ano de conclusão do curso.

TABELA 2 Distribuição da Amostra por Sexo, Local de Trabalho e Ano de Conclusão de Curso dos Odontólogos da rede Municipal de Saúde Bucal de Pedra Azul/MG.

SEXO	LOCAL DE TRABALHO	ANO CONCLUSÃO DE CURSO
Feminino	PSF: 3, Escola: 1, Sistema Convencional: 0	1998: 1CD; 2001: 1CD; 2002: 1 CD; 2006: 1 CD
Masculino	PSF: 1; Escola: 1; Sistema Convencional: 2	1976: 1CD; 1999: 2 CD; 2005: 1 CD

Fonte: Banco de dados da pesquisa

Foi perguntado aos profissionais se na Faculdade eles tiveram conteúdo relativo ao Atendimento à Usuários com Necessidades Especiais, 62,5% responderam que sim e 37,5% responderam não. Esta questão nos confirma a deficiência que as Faculdades de Odontologia apresentam em sua grade curricular (CARVALHO et al, 2004), já que quase 38% dos profissionais não tiveram contato se quer com o conteúdo relativo ao atendimento de UNE. De acordo com Resende et al (2004), existe uma nova proposta de diretrizes curriculares, onde se recomenda a introdução desse conteúdo no curso de graduação. Sabe-se que no Brasil há uma oferta de cirurgões dentistas sem que esta oferta se traduza num atendimento adequado e abrangente, pois a maioria da população de pacientes especiais continua á margem da atenção odontológica. As propostas pedagógicas têm apontado tendências socialmente avançadas, mas falham em pontos cruciais, como articulação de conteúdos e na montagem de um sistema de atenção integral. Desse modo, as escolas continuam formando profissionais individualistas e com uma visão fragmentada do processo saúde–doença (MARCOS, 2000).

Quando questionados sobre a regularidade da disciplina sobre atendimento aos portadores de Deficiência, 62,5% dos dentistas responderam que esta disciplina era regular e 37,5% nada responderam, coincidindo esta taxa com os mesmos profissionais que relataram na questão anterior não terem tido contato com conteúdo relacionado ao atendimento à UNE.

Quanto ao fato de saber se em suas áreas adscritas, possuíam portadores de deficiência, 62,5% relataram ter este conhecimento e 37,5% disseram desconhecer.

Os resultados mostraram que mais de 1/3 dos dentistas da rede Municipal não conhecem os pacientes especiais de suas áreas, um percentual que pode ser considerado alto, tendo em vista que o conhecimento da população adscrita possibilita o planejamento e a programação descentralizada de ações em consonância com o princípio da equidade (BRASIL, 2006).

A identificação da população é pautada pela Política Nacional de Atenção Básica (2006), que define como um dos fundamentos da ESF, conseqüentemente da equipe de Saúde Bucal identificar sua população adscrita, desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Dos dentistas que disseram ter conhecimento da população deficiente de sua área, 66,66% trabalham nas Estratégias Saúde da Família com Saúde Bucal, 16,67% estão lotados no Sistema Convencional e outros 16,67% trabalham nas escolas. Isto aponta para fato dos profissionais da Equipe de Saúde Bucal (ESB) terem maior contato com a população, estando de acordo com um dos princípios gerais das Especificidades das Estratégias Saúde da Família que é atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade (...) (BRASIL, PRT 648, 2006).

Em relação a procura pelo serviço de Saúde Bucal pelos portadores de deficiência, 50% dos dentistas questionados, disseram atender às vezes os UNE e outros 50% raramente são procurados por esta parcela da população. Diante do fato de que metade dos profissionais relataram não serem procurados pelos UNE, cabe uma reflexão quanto ao acesso dos pacientes especiais aos serviços. Estes dados sugerem que a questão do acesso deva ser melhor trabalhada pelos profissionais da Odontologia, de maneira que estes se atentem ao que preconiza a Portaria 648, de 28 de março de 2006, que registra que a Atenção Básica deve ofertar assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial; realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas; programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais freqüentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea; desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida.

A realização de tratamento preventivo e restaurador aos UNE foi descrita por 75% dos profissionais, os outros 25% não realizam este tipo de atendimento, alegando a

dificuldade que é este tipo de atendimento, a não cooperação do paciente, a falta de paciência do profissional. Estes 75% comprovam o que segundo Carvalho et al (2004) observaram em seus estudos, que os pacientes especiais podem participar de atendimento “normal”, com exceção de pacientes que tem grande dificuldade de condicionamento como os autistas, por exemplo. Dos dentistas que realizam atendimento à UNE, 87,5% tem dificuldade nestes atendimentos, apenas 12,5% relataram não ter dificuldade no atendimento aos UNE. Aqui, mais uma vez, fica claro o despreparo, falta de capacitação dos dentistas diante do atendimento desta população especial. É fundamental que os dentistas participem da inclusão social desses indivíduos, utilizando essa oportunidade para gerar conhecimentos a respeito das particularidade que o atendimento odontológico a pacientes especiais, exige (CELESTE et al, 2005).

As dificuldades relatadas pelos dentistas da amostra estão elencadas no gráfico 2 abaixo:

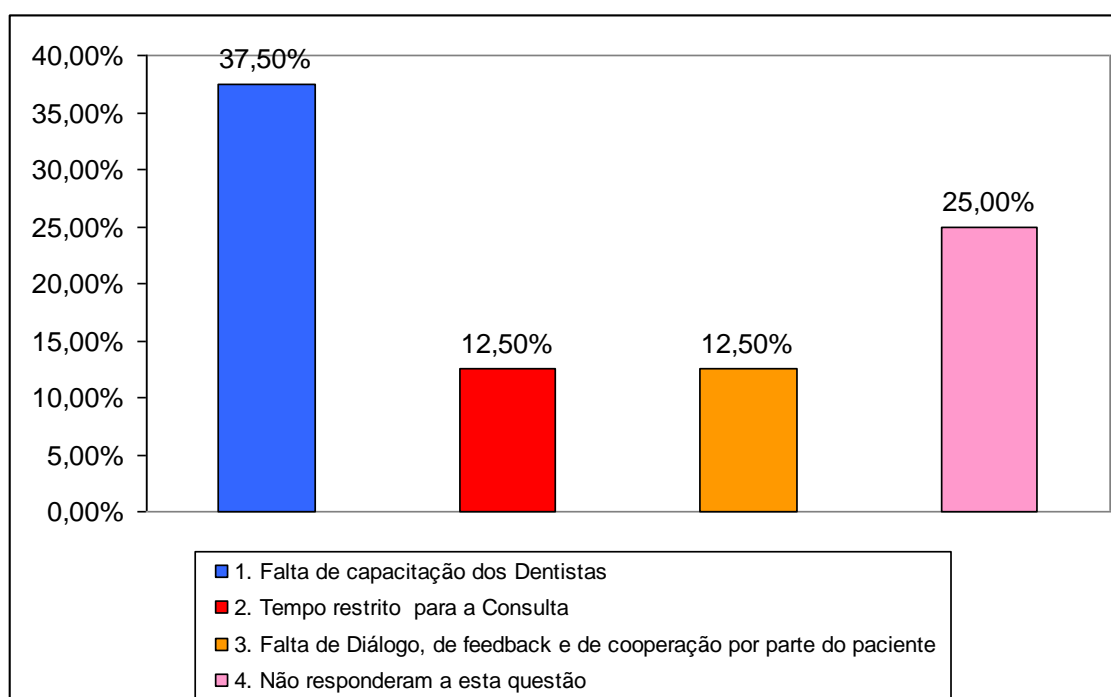


Gráfico 2: Tipos de Dificuldades encontradas pelos Odontólogos frente ao atendimento de UNE.

Fonte: Banco de dados da pesquisa

De acordo com Pinto (2004), no caso dos dentistas que lidam com os PNE, é necessária uma abordagem mais ampla da odontologia para seu tratamento. É

fundamental ampliar a qualificação dos trabalhadores em saúde, como o cirurgião-dentista, tanto na dimensão técnico especializada, quanto na dimensão da ética-política, de comunicação e de inter-relações pessoais para que possam participar como sujeitos integrais diante das novas exigências do mundo do trabalho.

Em relação ao ambiente de trabalho oferecer condições para um atendimento de qualidade aos deficientes, 87,5% relataram que os consultórios não estão em condições adequadas e 12,5% responderam que sim, os consultórios estão adequados para o atendimento. “No serviço há vários obstáculos a serem superados dentro dos consultórios, normalmente relacionados aos modos de organização dos recursos de assistência pública à saúde, como a demora para se obter uma consulta, tempo de espera para o atendimento, realização de exames laboratoriais” (PINTO, 2004).

Quanto às Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) ou Técnico de Saúde Bucal (TSB) terem participado de capacitação para o auxílio dos dentistas frente ao atendimento dos UNE, os profissionais foram unânimes (100%) em dizer que até o momento as ASB e TSB não participaram de curso de capacitação.

Houve consenso dos dentistas em relação ao atendimento de UNE ser realizado somente por eles, sem o auxílio de outro colega de mesma ou de outra profissão. Segundo Araújo (2001), a participação da área multidisciplinar na odontologia especial fortalece a coesão entre os profissionais de diferentes áreas e favorece a recuperação do paciente em relação ao tratamento realizado de maneira isolada.

As respostas dos profissionais quando questionados quanto a conhecerem ou não os alunos da APAE, podem ser observadas no gráfico 3.

A observação dos dados apresentados no gráfico 3 mostram que os princípios que o Ministério da Saúde define como norteadores da Atenção Básica, os princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, não são plenamente contemplados pois, os dentistas apesar de conhecerem os alunos da APAE não realizam atendimento integral e contínuo por falta de capacitação técnica.

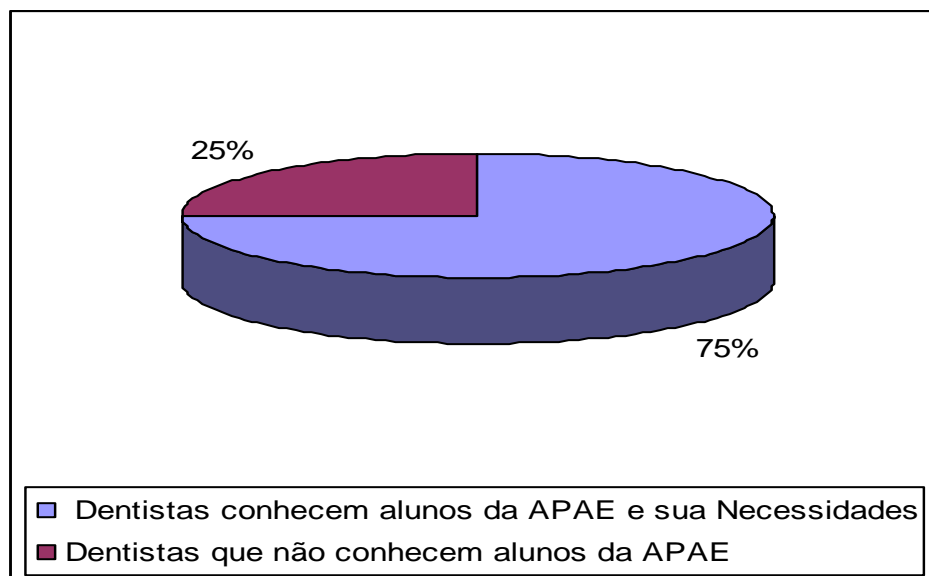


Gráfico 3: Dentistas que conhecem os alunos da APAE

Fonte: Banco de dados da pesquisa

Em relação ao repasse de informações educativas sobre higiene, alimentação aos cuidadores de UNE, quando estes acompanham os usuários, 75% dos dentistas disseram que fazem este tipo de trabalho com os cuidadores; 12,5% não responderam esta questão e 12,5% disseram não fazer repasse de informação aos cuidadores.

Tendo em vista a dificuldade que estes pacientes têm em relação ao acesso aos serviços de saúde Bucal, foi perguntado aos dentistas se achavam importante que fossem realizadas atividades também nos domicílios, 87,5% disseram ser relevante esta iniciativa. Segundo Pinto (2004), a literatura é vasta no sentido de indicar que a mera existência destes serviços, não implica acesso direto aos mesmos por esta população.

No gráfico 4 a seguir, observa-se que a procura de UNE por serviços de Saúde Bucal acontece de acordo com as condições clínicas descritas abaixo:

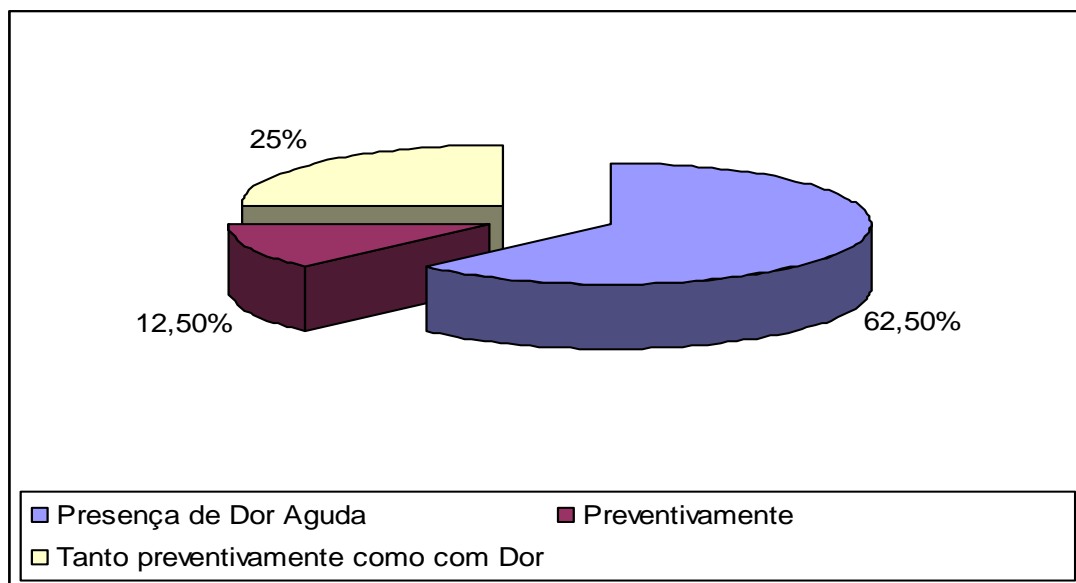


Gráfico 4: Procura de UNE por serviços de Saúde Bucal.

Fonte: Banco de dados da pesquisa

Setenta e cinco por cento (75%) dos profissionais relataram que os UNE dão continuidade ao tratamento definido por eles, 12,5% terminam o tratamento e 12,5% dos dentistas não responderam a esta questão.

Quanto ao sistema de referência: quando perguntados se o município de Pedra Azul/MG tem sistema de referência para o atendimento odontológico de UNE, 12,5% dos dentistas não responderam esta questão e 87,5% dos dentistas disseram que o município não possui referência odontológica para este tipo de atendimento. Perguntados se alguma vez haviam referenciado portador de deficiência para tratamento com anestesia geral, somente um dentista (12,5%) indicou tratamento sob anestesia geral, referenciando para o Hospital do município de Teófilo Otoni, mas não soube responder se o serviço foi resolutivo, pois não teve contato com o usuário, indicando que o serviço de referência e contra referência do município não está funcionando adequadamente. Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de deficiência (2008), no nível de atenção secundária, a organização das ações comporá um planejamento de abrangência local e regional, definida em bases epidemiológicas, e terá caráter complementar à atenção básica e ao atendimento terciário, tendo em conta um sistema de referência e contra-referência, objetivando o alcance da maior cobertura e resolubilidade possível dos casos detectados. As ações de nível secundário deverão ser

executadas por equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar, de acordo com a disponibilidade local de recursos humanos especializados.

Ao final do questionário, foi perguntado aos profissionais se eles teriam interesse em se capacitar para o atendimento destes usuários, 75% demonstraram interesse.

5. CONCLUSÃO

- ✓ Há necessidade de capacitação dos profissionais de Saúde Bucal da rede Municipal para o atendimento de UNE.
- ✓ É necessário uma maior interação dos dentistas da rede Municipal com médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais que atuam com os portadores de deficiência, pois uma abordagem multiprofissional se faz necessária na atenção a este grupo de pacientes.
- ✓ São necessárias mudanças na grade curricular dos cursos de Odontologia, de modo a proporcionar a inclusão dos pacientes com necessidades nos serviços de saúde vigentes.
- ✓ O município de Pedra Azul deve buscar credenciamento de referência para o atendimento odontológico dos UNE.
- ✓ A assistência odontológica a pacientes especiais não visa apenas as técnicas odontológicas e sim a integração multiprofissional e familiar proporcionando aos portadores de necessidades especiais sua integração plena a sociedade. Através da qualificação profissional, as dificuldades existentes em função da limitação físico-mental e social por eles apresentados, são contornadas e adaptadas para o êxito ao tratamento odontológico no aspecto preventivo e curativo - restaurador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____. Ministério da Justiça. **Relatório da Câmara Técnica sobre Reabilitação Baseada na Comunidade**. [Brasília]: SDC, CORDE, 1995.

ARAÚJO, N.C.B.I. Proposta para reconhecimento da especialidade Pacientes Especiais aprovada na assembléia preparatória estadual da ANEO de MT. **Artigo Medcenter**. Disponível: www.odontologia.com.br/artigos. Publicado em 03 de setembro de 2001. Acessado em 09 de fevereiro de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Portadora de deficiência**. 1ª reimpressão. Brasília – DF. 2008

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 599 MS/GM 2006**.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 648, de 28 de março de 2006**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, M. L et al. **Deficiente? Quem? Cirurgiões-Dentistas ou pacientes com necessidades especiais?** Em Extensão. Uberlândia. 2004.

CELESTE, R. K. et al. **Atendimento a pacientes especiais: Uma prática de Inclusão Social**. 2004

FAGOTE, B.F.TOMITA, N.E. **Programa educativo em saúde Bucal para Pacientes Especiais. Odontologia e Sociedade**. Vol 1. Nº12, 1999.

FOUNIOL, A. **A Odontologia para Pacientes Excepcionais**. São Paulo. Panamed, 1981.

- FOURNIOL, A. **Pacientes Especiais e a Odontologia**. São Paulo. Santos, 1998.
- GILLBERG, C. Autism and pervasive developmental disorders. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 1990.
- GRUNSPUN, H. **A Família e o Ambiente do Excepcional**. Psiquiatria Atual, set, 1972.
- GULLIKSON, J. S. **Oral findings in children with down's syndrome**. J. Dent. Child, 40: 292, 1973.
- KANNER, L. & EISENBERG, L. Early infantile autism: American **Journal of Orthopsychiatry**, 1956
- LORD, C. & SCHOPLER, E. Differences in sex ratio in autism as a function of measured intelligence. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 1985
- MAIOR, I. M. M. L. Políticas públicas sociais para as pessoas portadoras de deficiência no Brasil. São Paulo: CEBRAP, 1997. p. 31-7. (**Cadernos de Pesquisa, 7**).
- MANCINI, M.C, et al. Gravidade da paralisia Cerebral e desempenho Funcional. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, vol 8 n3, 2004
- MARTENS, L., et al., **Oral Higiene in 12 – year-old disabled children in Flandres, Belgium related to manual dexterity**. **Community Dentistry and Oral Epidemiology, Munksgaard**, v. 28, 2000.
- MORAES, C. **Autismo Infantil**. Site: <http://sites.uol.com.br/gballone/colad/cesar.html> (2002).
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Programa de ação mundial para as pessoas com deficiências**. Tradução de Edilson Alkmin da Cunha, Brasília: Corde, 1996.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde - Décima Revisão**. São Paulo: Edusp, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificación internacional de las deficiencias actividades e participacion: um manual de lãs dimensiones de la inhabilitacion e su funcionamiento. Genebra, 1997. (Versão preliminar).

PINTO. B. M. **Características necessárias de um profissional de saúde que trabalha com Pacientes Portadores de Necessidades Especiais: um contraste de visões de profissionais e alunos de odontologia, pais e cuidadores.** / Beatriz de Moura Pinto, Carla Jorge Machado, Eliana Oliveira Sá. - Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2004.

PIRES, C. C. C.; MOTA, D. M.; PÓVOA, V. M. A. O Autista no Consultório Odontológico. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás**, v.2, n.2, p.17-21, jul./dez. 1998.

RESENDE, V.L.S. A odontologia e o paciente especial. **Jornal da odontologia CROMG**. V18, 1998

RESENDE, V.L.S. et al. Atendimento Odontológico a Pacientes com necessidades especiais. **Anais do 7º encontro de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais**. Belo Horizonte – 12 a 15 de setembro de 2004.

RESNIKOFF, S. et al. **Global data on visual impairment in the year 2002**. Bull. World Health Organ., Geneve, v. 82, n. 11, p. 844-51, 2004.

RUTTER, M. Autism research: Prospectus and priorities. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 1996

RUTTER, M. Infantile autism. Em D. SHAFFER, A. ERHARDT & L. GREENHILL (Orgs.), **A clinician's guide to child psychiatry**. New York: Free-Press 1985

TOLEDO, O. **A Odontopediatria: Fundamentos para a prática clínica**. São Paulo. Panamericana. 1986.

VASCONCELOS, M.M. Retardo Mental. **Jornal de Pediatria, sociedade Brasileira de pediatria**, 2004.

WING, L. & GOULD, J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. **Journal of Autism and Developmental Disorders**.1979

WING, L. **The autistic spectrum: A guide for parents and professionals**.London: **Constable** 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Management of low vision in children. Bangkok: WHO/PBL 93-27, 1992.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO A SER APLICADO AOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DO MUNICÍPIO DE PEDRA AZUL/MG, COM O INTUITO DE OBSERVAR A CAPACITAÇÃO DOS CD FRENTE AO ATENDIMENTO DE USUÁRIOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS – UNE, (Síndrome de Down, Retardo Mental, Paralisia Cerebral, Autismo, Deficiência Auditiva e Visual).

1. Qual seu local de trabalho? PSF () Escola () Sistema Convencional ().
2. Qual a sua idade?
3. Qual o seu sexo? Feminino () Masculino ().
4. Ano em que concluiu seu curso de graduação em Odontologia?
5. Na sua Faculdade você teve algum conteúdo relativo ao Atendimento à Usuários com Necessidades Especiais?
Sim () Não ()
6. Este conteúdo era ministrado em uma disciplina regular ou optativa?
.....
7. Você cursou esta disciplina? Sim () Não ().
8. Você sabe relatar se na sua área adscrita possui Usuários com Necessidades Especiais (Síndrome de Down, Retardo Mental, Paralisia Cerebral, Autismo)?
Sim () Não ()
9. Você diria que a procura de atendimento por UNE ocorre:
() frequentemente ()às vezes ()raramente
10. Você realiza tratamento preventivo e restaurador a todos os usuários com Necessidades Especiais que procuram por este atendimento? Sim () Não ().
11. No caso de resposta negativa a pergunta anterior, justifique o porquê de não realizar o tratamento preventivo e restaurador.....
.....
12. Caso realize o atendimento do UNE, você tem dificuldade em atender estes usuários? Sim () Não ().
13. Que tipo de dificuldade?.....
.....
14. Seu ambiente de trabalho oferece condições para o atendimento de qualidade à estes usuários especiais? Sim () Não ().

15. Sua Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) ou Técnico em Saúde Bucal (TSB) alguma vez participou de capacitação para auxiliá-lo no atendimento destes pacientes?
Sim () Não ().
16. Se atende UNE, trabalha sozinho ou com o auxílio de outro colega de mesma profissão ou outra profissão ligada à área da saúde.
.....
- Caso trabalhe com colega de outra profissão, diga qual
17. Conhece os alunos da APAE do município de Pedra Azul? Sim () Não ().
18. Você passa informações educativas sobre higiene, alimentação para os cuidadores quando estes acompanham os UNE aos atendimentos odontológicos? Sim () Não (). Considerando que o acesso destes pacientes ao serviço é mais difícil, você não acha importante que sejam realizadas atividades educativas também no domicílio?
19. Você diria que os UNE procuram o serviço de Saúde Bucal quando tem dor aguda ou procuram preventivamente?
.....
.....
20. Estes pacientes dão continuidade ao tratamento definido por você?
Sim () Não ()
21. Pedra Azul tem sistema de referência para UNE? Sim () Não ()
22. Já referenciou UNE para tratamento com Anestesia Geral?
() Sim () Não
- O serviço foi resolutivo para este usuário? Ou você não teve mais contato com este usuário; indicando que o sistema de referência e contra referência não está sendo aplicado?.....
.....
23. Se a resposta anterior for afirmativa, onde fica esta referência?.....
.....
24. Tem interesse em se capacitar para atendimento destes usuários?
Sim () Não ().

Muito Obrigada!
Millene Leite/2010