

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS OFERECIDOS ÀS  
CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

**Luciane Sibila Jung  
Professor Orientador Ronaldo Bordin**

**PORTO ALEGRE-RS  
JULHO/2011**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS OFERECIDOS ÀS  
CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

**Luciane Sibila Jung**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial para  
obtenção do Certificado de Especialização  
em Saúde Pública.

Professor Orientador Ronaldo Bordin

**PORTO ALEGRE-RS  
JULHO/2011**

## RESUMO

No Brasil, há aproximadamente 24,5 milhões de pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, onde não há políticas específicas que garantam o seu atendimento integral e igualitário.

A odontologia para pacientes com necessidades especiais é uma especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia em 2001, que objetiva a capacitação do profissional e reconhecimento do paciente quanto a sua integridade física, psíquica e social.

Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica no tema “Serviços Odontológicos Oferecidos a Crianças com Necessidades Especiais” em que foram relatados alguns dos principais problemas apresentados na saúde oral dos menores especiais, dificuldades de acesso ao serviço, profissionais pouco qualificados para o atendimento odontológico a crianças especiais e também a falta de políticas de saúde pública para assegurar um atendimento qualificado.

Os principais problemas encontrados foram o preconceito do profissional com essas crianças, pela sua falta de paciência e tolerância e pelo fato de que na maioria dos casos os profissionais nunca tiveram contato com essa situação durante a graduação. Também há desinformação dos pais e responsáveis pelas crianças quanto ao acompanhamento periódico, muitos não têm acesso ao atendimento odontológico e quando procuram o odontólogo, a saúde oral das crianças já está bastante comprometida não sendo mais possível uma intervenção curativa e preventiva.

UNITERMOS: Assistência odontológica para crianças; Criança com deficiência; Criança Excepcional; Especialidades odontológicas; Ética em odontologia; Odontologia para crianças; Saúde bucal; Saúde da criança.

**SUMÁRIO:**

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>05</b>
<b>1.1</b>	<b>DEFINIÇÃO DO PROBLEMA</b>	<b>07</b>
<b>1.2.</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>08</b>
<b>1.3.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>09</b>
1.3.1.	OBJETIVOS GERAIS	09
1.3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	09
<b>2.</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>10</b>
<b>3.</b>	<b>DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO</b>	<b>11</b>
3.1.	REVISÃO TEÓRICA	11
<b>4.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>32</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>34</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho objetiva realizar uma revisão de estudos a respeito das condições da saúde oral de crianças com necessidades especiais, os atendimentos odontológicos destinados a elas, suas implicações e limitações e como as políticas de saúde pública avaliam esse assunto.

É uma área com carência de estudos e profissionais qualificados e capazes de prestar um atendimento diferenciado nesses casos e, em se tratando de ações de saúde pública, o acesso é ainda mais restrito.

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde em 2001, 10% da população de países em desenvolvimento eram portadores de algum tipo de deficiência, distribuídas em mental (5%), física (2%), auditiva (1,3%), visual (0,7%) e múltipla (1%). No Brasil observou-se no censo de 2000 uma prevalência de cerca de 24,5 milhões de indivíduos portadores de deficiência, o que correspondia a 14,5% da população brasileira (IBGE, 2004). Segundo documento do Ministério da Saúde, em 1991 apenas 2% destes indivíduos recebia algum tipo de assistência, quer seja em instituições privadas ou públicas (BRASIL, 1993).

O termo “portadores de necessidades especiais” é a definição dada pela International Association of Dentistry for Disabilities and Oral Health, porém o Ministério da Saúde utiliza o termo “Portador de Deficiência” (BRASIL, 1993).

Segundo Fourniol (1981) portador de necessidades especiais é todo o indivíduo que possui alteração física, orgânica, intelectual, social ou emocional, alteração essa aguda ou crônica, simples ou complexa.

Para Ballone (2003), esta limitação funcional em qualquer área do funcionamento humano, deve ser considerada abaixo da média geral do grupo social onde se inserir. Desta forma, um indivíduo pode ser considerado deficiente em uma determinada cultura e não deficiente em outra, de acordo com a sua capacidade de satisfazer ou não as necessidades dessa cultura.

A abordagem de uma criança portadora de necessidades especiais deve ser baseada na avaliação do efeito psicossocial da doença e na importância das técnicas para se criar o vínculo entre profissionais-pais-crianças, antes da instituição efetiva do tratamento (CORRÊA et al., 2002).

Conforme o Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial, define-se este como “todo aquele que apresente desvios de normalidade, de ordem mental, física, sensorial, de comportamento e crescimento, tão acentuados a ponto de não se beneficiar de programas rotineiros de assistência” (BRASIL, 1992).

Para Lannes e Vilena-Morais (1998) criança portadora de necessidades especiais “é todo o indivíduo que necessita de cuidados especiais por tempo indeterminado ou por parte de sua vida” e seu tratamento odontológico dependem de eliminar ou contornar as dificuldades existentes em função de uma limitação, seja na área emocional, intelectual ou social.

Peres e Silva (2005) consideram que é dever do cirurgião-dentista identificar e diagnosticar as afecções bucais, avaliando o tipo de lesão, o agente etiológico e determinando o tipo de lesão e seu tratamento. Já a especialidade em odontologia para pacientes portadores de necessidades especiais exige o conhecimento das complicações orgânicas presente nas pessoas.

A falta de acesso à assistência odontológica aos pacientes especiais pode ser devido a vários fatores, tais como a falta de conhecimento e de preparo dos profissionais para o atendimento diferenciado, informações distorcidas quanto às condições da saúde bucal e as necessidades odontológicas, a negligência do tratamento odontológico prestado pelos serviços públicos e privados e o descrédito da importância da saúde bucal pelos pais e/ou responsáveis (WESSELS, 1978).

As condições físicas, mentais, sociais e as necessidades psicológicas e emocionais de portadores de necessidades especiais fazem com que o tratamento odontológico tenha prioridades diferenciadas, ou seja, prioriza inicialmente o alívio da dor e o controle da infecção. Posteriormente, tratam-se as doenças bucais melhorando as condições estéticas, a cura e eliminação de vestígios da doença não tratada e a identificação de anomalias buco-faciais e dentais (VAN GRUSVEN E CARDOSO, 1995).

## 1.1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A especialidade em odontologia que atende portadores de necessidades especiais foi criada em 2001. Passados dez anos, há poucos profissionais capacitados a atender esta demanda. Muitos cirurgiões-dentistas não se sentem aptos ao atendimento destes usuários do sistema de saúde. Agregue-se o fato da existência de um número desconhecido de crianças com necessidades especiais com a saúde oral debilitada e poucos recursos destinados à área de prevenção.

As pessoas com deficiências do desenvolvimento sofrem distúrbios bucais importantes e dificilmente recebem o tratamento adequado. Isso ocorre por falhas na educação odontológica e, conseqüentemente, pelo escasso número de profissionais dispostos a tratar esses pacientes (MOURADIAN; CORBIN, 2003).

Assim, pelo alto risco de desenvolver doenças e pelas dificuldades de encontrar serviços odontológicos apropriados, a prevenção seria o principal objetivo no tratamento de pessoas com deficiências. O grande aumento da realidade dessa parcela da população busca mudanças urgentes na realidade da educação dos profissionais da saúde e políticas governamentais, capacidade de serviço e pesquisa em favor dessas crianças, enfatizando a importância da multidisciplinaridade no tratamento destas. Diante disso, é necessário disponibilizar nos cursos de graduação de todas as áreas da saúde o atendimento a pacientes com necessidades especiais, priorizando a promoção e a prevenção e fomentar cursos de pós-graduação que desenvolvam capacidades e competências no cuidado de populações especiais.

Em síntese, as insuficientes bases de dados a respeito dos serviços odontológicos oferecidos a estas crianças, a deficiência de estudos na intervenção clínica e o preconceito social os leva a ter uma condição desfavorável, além do baixo índice de adesão aos programas de prevenção e poucos profissionais com essa formação.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Esta revisão descreve os cuidados destinados às crianças especiais na área odontológica. Foi realizada uma revisão bibliográfica do assunto, pelo mesmo apresentar restrições de conhecimento e informações a respeito do tema, preconceito da sociedade com essas crianças e profissionais de saúde desqualificados e pouco preparados nesse quesito. Em se tratando de saúde pública, há dificuldade de acesso aos serviços prestados pela inexistência de políticas de prevenção para as crianças portadoras de necessidades especiais.

Dessa forma, trata-se das condições da saúde oral de crianças especiais, que apresenta prevalência real desconhecida e pouca demanda profissional qualificada para a prestação dos serviços, sendo assim possível através desse trabalho difundir conhecimentos para os pais e responsáveis pelas crianças, profissionais da área da saúde, odontológicos e responsáveis pelas políticas públicas do país.

As crianças com necessidades especiais formam um grande grupo com diversos tipos de deficiências físicas, mentais, neurológicas ou sociais. Devido à sua dependência e à sua vulnerabilidade, estas crianças apresentam maior suscetibilidade a distúrbios bucais passíveis de comprometer a sua qualidade de vida, necessitando, portanto, da assistência temporária ou permanente de vários especialistas na área da saúde e, em alguns casos, de adaptações especiais em seu ambiente escolar e social (SCULLY; KUMAR, 2003).

Tendo em vista a dificuldade de acesso e a falta de resolubilidade das demandas acumuladas, é importante que seja disponibilizado para todos os deficientes, local apropriado e programas públicos de ações em saúde bucal integradas com ações multidisciplinares.

Apesar de estar claro na Constituição do Brasil de 1988 que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, observa-se que a atenção à pessoa com necessidades especiais vem sendo prestada de forma predominantemente irregular e antidemocrática, contando muito com a ajuda de trabalhos voluntários. Assim, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) garante a assistência integral em ações preventivas, curativas e reabilitadoras independente da condição especial do cidadão.



### **1.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.1 OBJETIVOS GERAIS:**

Realizar uma revisão bibliográfica quanto ao tema “serviços odontológicos oferecidos às crianças com necessidades especiais”.

#### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

-Identificar nas políticas de saúde pública as questões éticas que envolvem a questão do atendimento odontológico prestado a crianças com necessidades especiais.

-Descrever como ocorre o atendimento odontológico a crianças com necessidades especiais, em especial, a prevenção das doenças orais e a participação dos pais no processo.

## 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Realização de uma revisão bibliográfica no tema “serviços odontológicos oferecidos às crianças com necessidades especiais”.

As fontes empregadas foram artigos, revistas, periódicos eletrônicos, livros e textos da web, principalmente os presentes nas seguintes bases de busca bibliográfica: Scielo, Periódicos Capes, Banco de Teses da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas, (UNICAMP), Biblioteca Virtual em Saúde e os sites do Ministério da Saúde e Conselho Federal de Odontologia.

As palavras-chave utilizadas foram: crianças deficientes; crianças especiais; cárie; saúde oral; saúde bucal; odontopediatria; saúde pública; serviços odontológicos.

No total foram encontradas 118 fontes de referência, das quais apenas 81 participaram desta revisão por conter coerência com o tema a ser pesquisado;

Por se tratar de revisão bibliográfica, não existe a necessidade de encaminhamento para um Comitê de Ética e Pesquisa. Ainda assim, o projeto foi encaminhado para registro junto ao Comitê de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, protocolo nº 21.438.

### 3. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

#### 3.1 REVISÃO TEÓRICA

##### CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES ESPECIAIS

Dualibi e Dualibi (1989) classificaram como pacientes especiais àqueles que apresentam as seguintes condições: geriatria, alterações físicas adquiridas, alterações de comunicação, alterações comportamentais, gravidez e malformações congênitas.

Segundo Santos e Sabbagh-Haddad (2003) pacientes com necessidades especiais são aqueles indivíduos que apresentam algum tipo de doença e/ou condição que requerem atendimento diferenciado por apresentarem alterações físicas, orgânicas, mentais, sociais e/ou comportamentais.

Para Figueiredo (2002), na odontologia utiliza-se o conceito “paciente com necessidades especiais”. A International Association for Disability and Oral Health (IADH) inclui, além dos portadores de deficiência, pessoas com restrições de capacidades advindas da idade ou de agravos adquiridos, os quais limitam a função intelectual, física ou social. Essa associação atua no incentivo ao desenvolvimento da pesquisa, educação e tratamento da saúde bucal de pessoas com condições incapacitantes. Os pacientes com necessidades especiais, portadores de deficiências ou pacientes de alto risco são aqueles que, devido a condições crônicas, distúrbios comportamentais, emocionais ou do desenvolvimento, requerem maior assistência do que a população em geral (McPHERSON et al., 1998).

A deficiência pode ser conceituada como uma limitação funcional causada por distúrbios físicos, mentais ou sensoriais, que além de afetar a vida das pessoas, pode resultar em co-morbidades e morte (WALDMAN; PERLMAN, 1997). Ou ainda a incapacidade como a perda ou a privação de oportunidades para fazer parte da vida normal de uma sociedade em condições de igualdade devido a barreiras físicas e sociais.

Os pacientes com necessidades especiais são pessoas com deficiências físicas, mentais, neurológicas ou sociais, de caráter transitório ou permanente

(SCULLY; KUMAR, 2003). Em decorrência dessas condições, os pacientes apresentam maior suscetibilidade a distúrbios odontológicos passíveis de provocar alterações sistêmicas e, conseqüentemente, comprometer ainda mais a sua qualidade de vida.

### A SAÚDE ORAL DOS PACIENTES ESPECIAS:

Para Schmidt (1998), os pacientes portadores de necessidades especiais não apresentam boas condições de saúde, em especial à saúde bucal, transformando o prazer, a alimentação, o relacionamento com o mundo, em dor e desconforto. Isto além de prejudicar um possível aprendizado, pode comprometer a nutrição, e predispor o portador de necessidades especiais ao risco de infecções bucais, e aumento da morbidade.

Até recentemente o cuidado da saúde das crianças com deficiências no desenvolvimento tanto na medicina como na odontologia era limitado às especialidades pediátricas (FENTON et al., 2003).

A cárie é uma doença infecto-contagiosa usualmente crônica e de caráter multifatorial, resultante da perda localizada de minerais nos dentes afetados, causada por ácidos orgânicos, provenientes da fermentação microbiana dos carboidratos da dieta. Para que a cárie possa se desenvolver, deve haver três fatores presentes onde um deles é o hospedeiro, no caso o dente, a microbiota, que são as bactérias presentes na cavidade oral e o substrato, que são os restos de alimentos que formam a placa bacteriana e conseqüentemente o biofilme (NEWBRUM, 1988).

As crianças portadoras de paralisia cerebral apresentam índices elevados de alterações gengivais e de lesões cariosas, principalmente na dentição decídua e má oclusão severa na maioria dos casos, fatores que indicam a necessidade de intervenção precoce, seja com programas educativos e preventivos como de assistência (GUERREIRO, GARCAS, 2009).

A cárie está intimamente associada à higiene bucal e, pelo fato de o paciente especial apresentar limitações, não é capaz, muitas vezes, de realizar sua própria higienização e os pais e responsáveis nem sempre tem a preocupação com a saúde bucal e são considerados pacientes de alto risco de desenvolvimento de lesão cariiosa (AGUIAR, 1992).

Para Lanes e Vilhena-Moraes (1998), além da dificuldade em garantir um atendimento odontológico adequado, os pacientes com necessidades especiais fazem parte de um grupo considerado de alto risco para o desenvolvimento de cárie dentária, doença periodontal e má oclusão.

O comprometimento dos dentes pela cárie encontrado nesses pacientes se deve, provavelmente não só pela anatomia dental, ação física e química da saliva, ação mecânica da língua, lábios e bochechas, como também, pela situação socioeconômica e cultural dos responsáveis por esses pacientes (AGUIAR et al., 1992).

Há controvérsias em relação à opinião de alguns autores quando se avalia a experiência de cárie dental em pacientes com deficiência mental, pois para Johnson et al. (2002) o baixo risco de cárie dental é uma das características inerentes às crianças com deficiência, apesar destas não apresentarem uma adequada higiene oral devido à dificuldade de coordenação motora, afirmando que estudos histológicos, bacteriológicos e salivares poderiam explicar esta baixa incidência de cárie dental (OLIVEIRA et al., 2002).

O planejamento das atividades de atenção à saúde sejam elas preventivas, educativas ou curativas necessita, em uma abordagem individual ou coletiva, estar embasado em informações e dados, o mais realista possível, fornecendo um panorama de um determinado problema que atinge os diferentes grupos que compõem a população à qual se destina o programa de atendimento (OLIVEIRA et al., 2002).

A avaliação dos hábitos alimentares ricos em sacaroses e da presença de biofilme dentário em crianças torna-se importante, devido à associação consistente, porém não a única, que existe entre estas variáveis e o desenvolvimento de lesões de cárie dentária. (MATTOS, apud BORLOTTI et al., 2009).

Conforme Shimidt (1998) o portador de necessidades especiais pode apresentar hipo ou hipertonia da musculatura de lábios, bochechas, língua, macroglossia, má oclusão e morfologia dental alterada. Outro achado freqüente pode ser o palato em forma ogival. Normalmente são respiradores bucais e apresentam bruxismo. Este último, além do desgaste dental, pode ocasionar dores e lesões na articulação temporomandibular. Diante destas características de ordem local, não é difícil entender que os pacientes com necessidades especiais fazem parte de um

grupo considerado de alto risco à incidência de cáries, doença periodontal e suas conseqüências.

A detecção precoce de doenças crônicas e das conseqüências funcionais de incapacidades específicas, bem como a prevenção de deficiências psicossociais secundárias são fundamentais para a assistência das crianças portadoras de necessidades especiais (NEEDLMAN, 1997).

Os pacientes portadores de necessidades especiais com maiores dificuldades de adaptação ao tratamento odontológico são aquelas com seqüelas mais graves que apresentam uma higiene oral abaixo de recomendado e a falta de controle alimentar, e que exigiriam tratamentos mais complexos. Estes problemas podem ser minimizados pelo controle de programas preventivos de saúde bucal (COOLEY, SANDERS, 1991), pois a alta incidência de doenças bucais nesses pacientes é em grande parte devido à negligência das suas necessidades de saúde oral (GULLIKSON, 1969).

Crianças deficientes tendem a ter mais cáries e dentes extraídos e a saúde gengival muito abaixo do ideal quando comparadas às crianças normais (NUMM, MURRAY, 1987).

Um levantamento epidemiológico em crianças especiais em idade de 12 anos foi realizado por Martins et al. (1995). Verificaram-se altos índices de placa bacteriana e cálculos dentais. A aplicação de agentes químicos e de suplementação de fluoretos foi de baixa eficácia, já que a principal causa para esses índices era a carência de orientações a respeito de como realizar uma higiene oral adequada e a falta de programas de treinamento para educadores e pais.

O tratamento para os principais problemas odontológicos (gengivite, doença periodontal, cárie e má oclusão dentária) dos pacientes com deficiências não diverge daquele oferecido às demais pessoas (SHENKIN et al., 2001).

Esses pacientes não recebem o tratamento adequado às suas necessidades devido à falta de incentivos governamentais, conhecimento insuficiente por parte dos profissionais e escassez de estudos que mostrem tanto o estado de saúde desses pacientes como padrões de conduta a serem seguidos (EDWARDS; MERRY, 2002).

## RESOLUÇÕES E QUESTÕES ÉTICAS

O art. 7 da política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência prevê:

Art. 7: São objetivos da Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência:

I - o acesso, o ingresso e a permanência da pessoa portadora de deficiência em todos os serviços oferecidos à comunidade;

II - integração das ações dos órgãos e das entidades públicas e privadas nas áreas de saúde, educação, trabalho, transporte, assistência social, edificação pública, previdência social, habitação, cultura, esporte e lazer, visando à prevenção das deficiências, à eliminação de suas múltiplas causas e à inclusão social;

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;

V - garantia da efetividade dos programas de prevenção, de atendimento especializado e de inclusão social (Decreto Nacional nº 3.298, de 20 de novembro de 1999), (BRASIL, 1999).

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, no artigo 4º do capítulo I determina que uma pessoa é portadora de deficiência, quando se enquadra nas seguintes categorias (BRASIL, 1999):

- deficiência física: alteração completa ou parcial de uma ou mais partes do corpo, comprometendo a função física, excluindo desta categoria as deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho de funções;

- deficiência auditiva: perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras;

- deficiência visual: perda parcial ou total da acuidade visual;

- deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal e habilidades sociais;

- deficiência múltipla: associação de duas ou mais deficiências.

A resolução 25/2002, publicada no Diário Oficial da União em 28/05/2002 pelo Conselho Federal de Odontologia, regulamentou a especialidade, com intenção de capacitar os cirurgiões-dentistas ao atendimento de pessoas que necessitam de cuidados odontológicos especiais durante toda a vida ou por um período.

O Presidente do Conselho Federal de Odontologia (CFO), no uso de suas atribuições regimentais, cumprindo deliberação do Plenário, em reunião realizada no dia 15 de maio de 2002, considerando o disposto no art. 64 da Resolução nº. 22, de 27 de dezembro de 2001. RESOLVE: Art. 4º. As áreas de competência para atuação do especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais incluem: prestar atenção odontológica aos pacientes com graves distúrbios de comportamento, emocionalmente perturbados; prestar atenção odontológica aos pacientes que apresentam condições incapacitantes, temporárias ou definitivas a nível ambulatorial, hospitalar ou domiciliar; e, aprofundar estudos e prestar

atenção aos pacientes que apresentam problemas especiais de saúde com repercussão na boca e estruturas anexas (CFO, 2002, p. 148 a 149).

A respeito dos aspectos legais, o Conselho Federal de Odontologia, por meio de sua resolução 22/2001, artigo 31, normatiza a odontologia para pacientes especiais como a especialidade que tem como objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal dos pacientes que apresentam uma complexidade no seu sistema biológico e/ou psicológico e/ou social, bem como percepção dentro de uma estrutura transdisciplinar com outros profissionais de saúde e de áreas correlatas com o paciente.

Morris e Burke (2001) caracterizam a interface ideal entre a atenção primária e secundária em saúde bucal por meio de quatro características:

- a) acesso indiscriminado e sem barreiras a atenção especializada após encaminhamento;
- b) sistemas de referência, em que todo serviço não disponível na atenção primária é ofertada na atenção secundária;
- c) encaminhamento ágil e adequado, com contra referência;
- d) retorno facilitado ao nível secundário sempre que necessário.

O presidente da República regulamentou duas leis fundamentais com o decreto nº 5296/2000. Este regulamentou as leis nº 10.048, de 08 de novembro de 2000, nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelecem normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade (BRASIL. Lei nº 10048; 2000). O decreto possui 72 artigos que primam por assegurar as condições de acessibilidade arquitetônicas, urbanísticas, de transporte, de comunicação e informação, além de incorporar a importância das ajudas técnicas como área de conhecimento. A ajuda técnica é um tema fundamental no campo das deficiências, pois será um equipamento, ou recurso, que garantirá a interface entre o indivíduo e seu ambiente.

Fatores de risco e de proteção podem incidir de modo desigual sobre os estudos sociais, com efeitos que atingem a população de modo heterogêneo e aumenta as desigualdades em saúde. Nesse sentido, é necessário avaliar as políticas de saúde não apenas pelo efeito global que exercem sobre a saúde coletiva, mas também pelo resultado de suas intervenções sobre o quadro pré-existente de desigualdades em saúde (ANTUNES e NARVAI, 2010).

A primeira necessidade básica no atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais, é o termo de consentimento informado, autorizando o tratamento, feito pelos pais ou responsáveis, posteriormente à explanação de todas as



informações necessárias sobre o procedimento ao qual será submetido o paciente. Tal orientação está de acordo com o preconizado pelo Código Civil Brasileiro (2002), em seu artigo 3º: ‘São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos’. E segue também o artigo 5º, em seu parágrafo único: ‘Cessar, para os menores, a incapacidade: pela concessão dos pais, ou um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o mesmo tiver 16 anos completos (PERES, PERES E SILVA, 2005).

Vale lembrar que com a Constituição de 1988 os pacientes com necessidades especiais têm assegurado os mesmos direitos à saúde que qualquer outro cidadão (BRASIL, 1988).

Várias vitórias em relação ao maior acesso e participação vêm sendo conquistadas ao longo desses anos. Segundo a Federação Nacional da Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) esse é um movimento que se destaca no país pelo seu pioneirismo. Sua atuação leva em conta as dificuldades de um país como o nosso carente de recursos no campo da educação, e mais ainda na área de educação especial, uma vez que representa a oportunidade de sensibilizar a sociedade em geral, bem como viabilizar mecanismos que garantam os direitos da cidadania da pessoa com deficiência no Brasil (APAE, 2006).

## POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA

Segundo Antunes e Narvai (2010), usuários do Programa Saúde da Família com facilidade no acesso geográfico, jovens e pacientes com necessidade de tratamento endodôntico tiveram mais oportunidades de receber assistência integral. A implantação de Centros de Especialidades Odontológicas em municípios no qual a atenção primária à saúde não esteja adequadamente estruturada não é recomendada, visto que a atenção secundária estaria atendendo a livre demanda e executando procedimentos básicos e, portanto, não cumprindo o princípio da integralidade pretendida.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), formulada e lançada na agenda política brasileira em 2004, pretende viabilizar a oferta da atenção secundária por

meio dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEOS (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

A atual Política Nacional de Saúde Bucal, sob a Portaria nº. 599, de 23 de março de 2006, prevê a atenção à saúde bucal de indivíduos portadores de necessidades especiais nos Centros de Especialidade Odontológica – CEOS (BRASIL, 2006). Acredita-se que a implantação dessa política possa garantir maior acesso ao tratamento odontológico (PUCCA Jr, 2006).

Antunes e Narvai (2010) sistematizaram o conhecimento disponível sobre o estágio atual de efetivação das principais políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Embora a fluoretação da água de abastecimento público no Brasil seja uma determinação legal, sua implantação tem sofrido marcantes desigualdades regionais. São apresentados dados sobre o grau de efetivação da medida e são revisados estudos que avaliaram seu impacto sobre a ampliação da desigualdade de cárie dentária.

Conforme Paim (1997) e Giovanello et al. (2002), as bases conceituais da Reforma Sanitária no Brasil contemplaram originalmente a integralidade em pelo menos quatro perspectivas:

- a) Integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde;
- b) Forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais;
- c) Garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade dos serviços de saúde;
- d) Articulação de várias políticas vinculadas a um conjunto de projetos de mudanças (reforma urbana, reforma agrária, entre outras) que atuassem sobre as condições de vida e saúde mediante ação intersetorial.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS) são estabelecimentos especializados em saúde bucal, com ênfase no diagnóstico de câncer bucal, doenças periodontais, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimentos a pessoas com necessidades especiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS) pode constituir estratégia relevante com vista à moralidade da atenção no âmbito odontológico (PAIM, 1997).

No caderno de Atenção Básica em Saúde Bucal, orienta-se o responsável do portador de necessidade especial em caso de necessidade de tratamento odontológico, levar o paciente primeiramente à unidade básica de saúde, a qual acolhe, avalia, trata ou encaminha para o atendimento hospitalar ou para agendamento na atenção básica domiciliar, ou ainda para o Centro de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2006).

Fernandes (2009) realizou um estudo qualitativo para verificar o acolhimento no Sistema Único de Saúde (SUS) realizada por cirurgiões dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas aos portadores de necessidades especiais e se esse sistema comporta de forma adequada a demanda que lhe é imposta no município de João pessoa – PB constatou que não há uniformidade de informações acerca do acolhimento e do acesso ao tratamento odontológico dos portadores de necessidades especiais, nem tampouco quanto aos aspectos das referências e contra-referências e o destino destes pacientes dentro do âmbito do sistema público de saúde bucal. Concluiu que o número de atendimentos pode ser considerado baixo, havendo necessidade e maior divulgação dos serviços ofertados pelos centros para maior benefício dessa população.

Para Garcia (2009), estudos a respeito do Programa Nacional de Saúde Bucal e incorporação da saúde bucal a agenda política do governo federal apontam que sua centralidade na agenda de 2002-2006 foi resultado da ação estratégica de um grupo de setores envolvidos com o movimento sanitário.

Contudo, para Mendoza-Sassi (2001), a integralidade desejada, entendida como integração entre níveis ou entre ações promocionais e reabilitadoras, requer cobertura ampla da atenção primária para permitir a interface e a utilização dos serviços de saúde bucal. Essa forma, por sua vez, pode ser influenciada pela acessibilidade aos serviços, entendido como relações entre os obstáculos impostos pelos serviços de saúde e os poderes dos usuários para superarem tais dificuldades (FRENK, 1992).

Entre os fatores do serviço associado a maior utilização está à oferta adequada de procedimentos de acordo com as necessidades da população, o acesso geográfico e organizacional, além a definição de um profissional da área da saúde para o acompanhamento de cada caso, especialmente nos casos de procedimento especializados. A análise dos dados revelou a grande demanda de tratamento cirúrgico restaurador em pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral e

a importância da implantação de um programa preventivo específico para esses pacientes e seus cuidadores (CASTRO et al., 2010).

O monitoramento das desigualdades em saúde é importante tarefa da saúde pública, inserida no campo das práticas comumente identificadas de modo mais amplo como “Vigilância em Saúde” (ANTUNES e NARVAI, 2010).

## PROGRAMAS DE SAÚDE E O CIRURGIÃO DENTISTA

Como o tratamento restaurador em pacientes portadores de necessidades especiais é mais complexo do que nas demais crianças, a prevenção se torna fundamental. A adoção de medidas de higiene bucal nestes pacientes muitas vezes se torna um desafio para o cirurgião-dentista, devido à incapacidade, tanto física quanto mental dos mesmos para realizar os movimentos necessários a uma boa escovação. Neste caso, muitas vezes as crianças estão acamadas ou em cadeiras de rodas devido à falta de coordenação de movimentos, rigidez ou deficiência mental profundos, sendo o responsável instruído a executar a remoção da placa bacteriana (LANNES & VILHENA-MORAES, 1998).

Conforme estudos de Albino (1979) e Aguiar et al. (2000), a eficiência de programas de educação e motivação da higiene buco dental direcionado a pacientes com retardo mental foi comprovada pela redução dos índices de placa dental nos pacientes, em virtude da assimilação de técnicas mais adequadas para a realização de sua higiene oral e como consequência à continuidade desses hábitos como rotina saudável (OLIVEIRA et al., 2004).

Para Silveira et al. (2002) o atendimento odontológico a pacientes especiais deve ser realizado levando-se em conta, o direcionamento da anamnese aos pais, com o objetivo de se levantar a história clínica do paciente, buscando a criação de uma relação de cumplicidade com o paciente a fim de facilitar o exame bucal, bem como desenvolver e executar o plano de tratamento. Portanto, um programa de assistência odontológica inserido no paradigma de promoção de saúde deve desenvolver também ações educativas e preventivas, sem limitarem-se as atividades curativas.

A relação entre o profissional e o portador de necessidades especiais deve ser pautada pelo conceito de igualdade para todos os seres humanos, sendo dever do profissional a promoção da saúde bucal e a obtenção do termo de consentimento esclarecido assinado pelo responsável. O profissional deve realizar uma anamnese completa que aborde os aspectos de saúde relacionados aos dados gerais, tipo e gravidade da doença, medicamentos usados, relacionamento multidisciplinar, avaliação dos riscos, grau de estresse, medo e ansiedade, métodos de contenção e procedimentos necessários (PERES, PERES, SILVA, 2005). Também devem ser considerados os fatores que extrapolam os limites do consultório como, por exemplo, a relação com a família do paciente e uma equipe interdisciplinar (MUGAYAR, 2000).

Segundo estudo de Tomita e Fagote (1999), grande parte dos pais gostaria de saber a respeito da dieta e métodos de higiene para seus filhos, assim como as implicações do uso de fluoretos. Os pais também destacaram a necessidade de um atendimento odontológico abrangente e integral para os seus filhos. É de suma importância a conscientização dos pais para que os mesmos tenham conhecimento que sua participação no monitoramento da higienização bucal e no controle da dieta é fundamental para uma melhora no quadro de saúde oral em crianças com necessidades especiais.

As condições físicas, mentais, sociais e as necessidades psicológicas e emocionais de portadores de necessidades especiais fazem com que o tratamento odontológico tenha prioridades diferenciadas, ou seja, prioriza inicialmente o alívio da dor e o controle da infecção. Posteriormente, tratam-se as doenças bucais melhorando as condições estéticas, a cura e eliminação de vestígios da doença não tratada e a identificação de anomalias buco faciais e dentais (GRUSVEN E CARDOSO, 1995).

Embora o tratamento odontológico das pessoas com necessidades especiais não sejam diferentes daquele das saudáveis, ainda assim elas apresentam problemas bucais de grande importância e, enfrenta inúmeras dificuldades para encontrar os serviços apropriados às suas demandas, destacando-se, entre outras, barreiras arquitetônicas, limitações financeiras, medo, ignorância ou negligência em relação à saúde bucal e, principalmente, carência de profissionais qualificados e interessados em tratar tais pacientes (MOURADIAN; CORBIN, 2003; NUNN; MURRAY, 1987; WALDMAN; PERLMAN, 1997).

O reduzido número de profissionais dispostos a atender pacientes com necessidades especiais deve-se, provavelmente, à falta, no curso de graduação, de bases teóricas suficientes e de experiências clínicas motivadoras que proporcionem conhecimento, destreza, autoconfiança e compreensão da complexidade humana. A qualificação assim concebida resulta em profissionais pouco preparados, portanto desinteressados e indiferentes quanto ao manejo desses pacientes (CRESPI, FERGUSON, 1987).

Embora freqüente este não possa ser o comportamento de um profissional da área da saúde, pois ele precisa estar preparado para detectar dificuldades, resolver problemas, responder às necessidades do paciente, atuar com responsabilidade e utilizar a empatia e a comunicação como instrumentos básicos para a interação paciente-profissional. Para tanto, é fundamental que, enquanto aluno, o futuro profissional receba informações que lhe permitam conhecer a si mesmo, evitar preconceitos e enfrentar dificuldades pessoais (BLINKHORN; KAY, 1999; OSÓRIO; SOAR FILHO, 2003; TÄHKÄ, 1988).

A sociedade sempre encontrou dificuldades em lidar com pacientes portadores de necessidades especiais, por estes apresentarem limitações físicas, mentais, sociais, sensoriais, neurológicas e/ou emocionais. Essas dificuldades são frutos da falta de informação, gerando preconceito e despreparo humano para atendê-los. Deve-se entender que as síndromes manifestam-se de diferentes formas em cada criança especial. Desse modo, pode-se fazer uma adaptação psicológica executando o atendimento odontológico baseado nos conceitos da odontopediatria e da promoção em saúde, utilizando metodologias apropriadas a este grupo. O profissional deve partir do princípio que a interação com o paciente é o ponto primordial para conhecê-lo em sua individualidade (CARVALHO et al., 2004).

O profissional precisa estar ciente da necessidade de informação dos responsáveis pelas crianças sobre os fatores de risco de doenças e/ou acometimentos à criança. A partir da abordagem integral, ele mostra ampla compreensão das necessidades da criança, englobando as ações de assistência e de prevenção de sofrimentos futuros (MATTOS, 2004). Os profissionais desamparados na falta de conhecimento teórico, na carência de habilidades clínicas e, portanto, sentindo-se inseguros e intimidados, assumem atitudes negativas ou não prestam atendimento às pessoas com necessidades especiais. Conseqüentemente, esses pacientes são encaminhados de um profissional para outro e, por fim, não recebem o tratamento de

que necessitam, aumentando, com isso, os riscos de comprometer sua saúde bucal e sua qualidade de vida (ALBUM, 1990; STIEFEL, TRUELOVE, JOLLY, 1987; NUNN, MURRAY, 1988; SOAR FILHO, 1998; CANCINO et al., 2005;).

Pacientes com necessidades especiais estão cada vez mais presentes na prática diária do cirurgião-dentista, devido, principalmente, ao aumento da expectativa de vida. Porém, muitos profissionais ainda encontram dificuldades em atendê-los, visto que se exigem adequações ergonômicas no consultório, adequadas para suas limitações, além de qualificação do cirurgião-dentista (SILVA et al., 2005). Sendo assim, o cirurgião dentista depara-se com a necessidade de aprender a integrar a Criança Especial na clínica de rotina (GUEDES-PINTO, 1993).

Segundo Abreu, Paixão e Resende (2001), o tratamento odontológico do portador de necessidades especiais se torna mais difícil por necessitar de um maior tempo e número de sessões clínicas, além de exigir mais paciência e dedicação do cirurgião dentista. Como existe um grande número de pessoas com deficiência com baixo poder aquisitivo, elas ficam sem opção de tratamento, ou ainda, com dificuldades de acesso para usufruírem dos serviços disponíveis nos centros hospitalares, associações, unidades filantrópicas e serviços públicos de saúde.

Aos aspectos técnico-administrativos citados, soma-se a inexistência, até então, de diretrizes voltadas à assistência ao portador de necessidades especiais. Diante desta realidade, há a necessidade da implantação de programas de educação e prevenção, através da integração dentista – paciente especial – pais e município. A discussão sobre integralidade perpassa pela formação profissional e educação permanente, estimulando o trabalho em equipe e favorecendo o diálogo entre os profissionais de saúde. É nesse ponto que as práticas de saúde direcionadas para uma formação centrada na atenção à saúde ganham força para concretizar a um atendimento integral das pessoas (MACHADO et al., 2007).

A avaliação de ações e serviços constitui um desafio permanente aos administradores e às autoridades de saúde. Este trabalho é essencial para que não sejam desperdiçados recursos e não se perca o rumo dos objetivos que se deseja alcançar (SILVA; MARTINS, 2002).

A nova realidade vivenciada pelo cirurgião-dentista perante o aumento do número de crianças especiais nos consultórios e clínicas odontológicas acaba criando dificuldades para que esses pacientes recebam atendimento odontológico (GLASSMAN, 2009). Muitos profissionais sentem-se pouco à vontade ao tratar de

crianças deficientes e provocam verdadeiras fronteiras no relacionamento paciente/profissional (MUGAYAR, 2000).

O atendimento dos pacientes com necessidades especiais exige cuidados especiais específicos que comportam as reais necessidades dos mesmos. Essa atenção compreende desde procedimentos clínicos, para a reabilitação da saúde bucal do paciente, até questões que ultrapassam o conhecimento específico da área de odontologia (SILVA et al., 2005).

O bom relacionamento com os pais é de fundamental importância à medida que os procedimentos odontológicos realizados nos pacientes especiais não são diferentes daqueles realizados em crianças sem limitações, porém, uma grande diferença no atendimento encontra-se no manejo. Em alguns casos há necessidade de utilizar recursos para o controle do comportamento dos pacientes especiais através da contenção física, passando pela sedação e, em último caso, pela anestesia geral (OLIVEIRA; PAIVA; PORDEUS, 2003).

A assistência médica e odontológica aos portadores de deficiência mental apresenta algumas características próprias. Isto acontece devido a certas dificuldades e limitações que esses pacientes normalmente apresentam. Alguns requerem medidas especiais de atendimento, enquanto outros podem ser tratados de modo convencional. O desenvolvimento deste atendimento estará diretamente relacionado à atitude do profissional frente ao paciente (OLIVEIRA, 2004).

Casamassimo et al. (2004) realizaram um estudo com um questionário elaborado e enviado a uma amostra selecionada de dentistas pediátricos, em Ontário, no qual reforçam a dificuldade encontrada pelos cirurgiões dentistas em atender pacientes com limitações. A pesquisa mostrou que apenas um em cada quatro profissionais, os quais puderam trabalhar durante a graduação com este tipo de paciente, não apresentavam obstáculos no atendimento dessas crianças. Os autores concluíram que fatores como falta de habilidade do profissional ou o comportamento pouco cooperativo destes pacientes não é justificativa para um atendimento ineficaz e com pouca qualidade.

A dificuldade em receber cuidados odontológicos também é percebida pelos pais de crianças especiais, como mostra o estudo de Al Agili et al. (2004), os autores questionaram os pais de crianças portadoras de necessidades especiais entre 3 e 13 anos de idade e concluíram que um terço dos indivíduos relataram barreiras e dificuldades para receber atendimento odontológico.



Além do conhecimento técnico, para que se possa compreender e agir com os aspectos comportamentais peculiares de portadores de transtornos mentais e comportamentais, precisa-se fazer uso de recursos em outras áreas como uso da psicologia e a utilização de meios ergonômicos para tornar o local de trabalho acessível aos clientes em condições incapacitantes (MUGAYAR, 2000).

Ressalta-se então, a importância do acompanhamento regular dos médicos e dentistas para que seja promovido o bem estar necessário nas diversas áreas de desempenho humano, visando ao enriquecimento da qualidade de vida do paciente (PUESCHEL et al. 1998).

Nesta linha de raciocínio, pessoas com necessidades especiais são aquelas cujo tratamento odontológico é dificultado pelo comprometimento físico, mental, social ou fisiológico. Por esta razão, existe uma tendência para uma assistência odontológica insuficiente ou de qualidade inferior à oferecida à população em geral. A educação em saúde bucal destes pacientes e de seus principais cuidadores possibilitaria a menor necessidade de procedimentos realizados em ambiente clínico odontológico ou até mesmo hospitalar sob anestesia geral, oferecendo a estas pessoas a chance de viverem com a saúde bucal adequada (MUGAYAR, 2000).

Apesar do grande número de deficientes, os profissionais da saúde ainda encontram inúmeras dificuldades para cuidado de pessoas especiais. Esse “despreparo” pode estar relacionado ao fato dos excepcionais terem sido excluídos da sociedade ao longo dos tempos, pois durante muito tempo foram ignorados e até mesmo considerados seres inativos, que não deveriam fazer parte da sociedade, portanto ficavam inclusos em suas residências (SILVA; ELSÉN, 2006).

Em relação ao cuidado odontológico de populações especiais, especificamente de pessoas com deficiências do desenvolvimento, notou-se a necessidade de incluir no currículo, tanto da graduação como da pós-graduação, não apenas bases teóricas, mas aplicações práticas (ALBUM, 1990). A falta de experiências clínicas interessantes e motivadoras durante a graduação, faz com que o profissional enfrente, mais tarde, grandes dificuldades que resultam em rejeição, frustração e apatia, principalmente quando os pacientes apresentam problemas clínicos maiores. Portanto, os alunos precisam ser apropriadamente qualificados e motivados a participarem ativamente dos serviços que tratam esses pacientes, pois assim, aprenderão a considerar em primeiro lugar o paciente e depois a deficiência. Somente o profissional qualificado poderá destruir os mitos em relação às pessoas com deficiência física ou mental, estará

preparado para responder às dúvidas dos familiares, se mostrará sensível, acessível e interessado pelas informações relacionadas ao paciente.

Os objetivos da educação odontológica para o atendimento do paciente com deficiências do desenvolvimento são: (1) sensibilizar o aluno com relação às necessidades desses pacientes; (2) facilitar práticas clínicas suficientes, as quais permitam ao estudante aplicar o conhecimento teórico adquirido às técnicas de manejo e ao planejamento do tratamento, este último baseado principalmente, na prevenção e na reabilitação (FERGUSON; BERENTSEN; RICHARDON, 1991).

Segundo as técnicas psicológicas utilizadas em odontopediatria para o controle do comportamento podem ser aplicadas em pacientes com deficiências (PINKLAM, 1996). Os objetivos dessas técnicas são diminuir o medo e a ansiedade, orientar verbalmente o paciente para manter, modificar ou suprimir um comportamento e estabelecer uma relação de confiança entre o profissional, o paciente e seus familiares, promovendo uma atitude positiva em relação à saúde bucal.

A American Academy of Pediatric Dentistry (2003a) assim se posicionou com relação às principais técnicas que podem ser empregadas para controlar o comportamento em pacientes resistentes e combativos:

a) modular o tom da voz: utilizar comandos curtos e claros, compreender as expressões faciais e facilitar o contato físico são técnicas que permitem captar a atenção do paciente, obter sua cooperação, evitar comportamentos negativos e estabelecer uma comunicação efetiva;

b) "dizer-mostrar-fazer": familiariza o paciente com o consultório e a equipe odontológica, incluindo explicações prévias a determinados procedimentos, demonstrações e execução daquilo que foi explicado, empregando, para aplicar esta técnica, uma linguagem clara que possa ser facilmente entendida pelo paciente;

c) reforço positivo: é utilizado para aumentar a frequência de um comportamento, com reforço verbal ou social; o comportamento do paciente é recompensado por meio de elogios, manifestações de afeto (abraços) ou prêmios simbólicos no final do atendimento.

Essas técnicas não têm contra-indicações, mas sua aplicação depende do desenvolvimento físico e psicológico do paciente e, principalmente, da experiência, da capacitação e da personalidade do profissional que as aplica.

Em determinados casos, outros métodos, como a contenção física ou química, podem ser utilizados para controlar o comportamento do paciente (GUEDES-PINTO, 1997; MUGAYAR, 2000).

Na contenção física utilizam-se faixas, lençóis, ataduras e outros dispositivos para envolver o paciente, restringindo a movimentação dos seus membros. Este método é aplicado principalmente em pacientes pediátricos cujos movimentos involuntários ou retardo mental profundo impedem o posicionamento na cadeira odontológica. A técnica é bem aceita pelos pacientes. Em geral aqueles sem

movimentos involuntários, que no início recebiam a contenção, passam a se posicionar na cadeira a partir da terceira ou quarta sessão, colaborando efetivamente com o profissional. Antes da aplicação deste método, informações detalhadas devem ser oferecidas à família do paciente, ressaltando que a contenção física não é uma medida disciplinar ou uma conveniência para a equipe odontológica, mas uma técnica auxiliar que favorece a execução do tratamento. (GUEDES-PINTO, 1997).

A contenção química é a administração de medicamentos para alterar e controlar o nível de consciência, a coordenação motora, o grau de ansiedade e os parâmetros psicológicos; inclui a sedação e a anestesia geral. A sedação consciente produz um estado de depressão ou de consciência mínima (CREEDON, 1995). O paciente conserva a via aérea e a ventilação adequada sem necessidade de equipamentos específicos, respondendo a estímulos físicos ou comandos verbais para a aplicação deste método, o profissional deve conhecer o agente a ser utilizado, dominar a técnica de administração, estar treinado nas técnicas de ressuscitação e dispor de serviços móveis de emergência médica.

Conforme a American Society of Anesthesiologists (ASA) (2002), somente os pacientes que, após a avaliação física sejam considerados saudáveis (ASA I) ou que apresentem uma alteração sistêmica leve, causada pela condição a ser tratada ou por outros processos fisiopatológicos (ASA II), podem ser submetidos à sedação consciente na prática geral. Todavia, em pacientes com retardo mental profundo, comprometimento sistêmico significativo ou transtornos psiquiátricos severos, tal método é contra-indicado. Esses pacientes devem ser atendidos em ambiente hospitalar e sob anestesia geral.

No entanto, fatores individuais, tais como a capacidade de cooperação e de aprendizagem, o comprometimento sistêmico e as necessidades odontológicas devem ser levados em consideração apesar das limitações físicas, sensoriais ou mentais, a maioria dos pacientes apresenta-se cooperativa com o tratamento e com o profissional; todavia, alguns deles podem resistir e manifestar seu medo com diferentes reações (fuga, choro, gritos). Nesses casos é importante que o profissional mantenha o equilíbrio emocional (autocontrole e autoconfiança) e saiba aplicar técnicas específicas para controlar o comportamento, garantindo, assim, o manejo adequado do paciente e o sucesso do tratamento odontológico (GUEDES-PINTO, 1997; TOLEDO; BEZERRA, 1989).

Nos casos de insucesso no manejo e no controle do paciente por meio de métodos convencionais ou frente à necessidade de um tratamento complexo em um período de tempo menor, reduzindo o número de visitas, deve ser considerada a possibilidade de realizar o tratamento odontológico sob anestesia geral em ambiente hospitalar. O método consiste em induzir, por meio de medicamentos (anestésicos, analgésicos e relaxantes musculares), a perda da sensação dolorosa e da consciência pela depressão do sistema nervoso central. O uso de anestesia geral está indicado para pacientes com retardo mental profundo, transtornos psiquiátricos severos e necessidades de tratamento odontológico acumuladas em pacientes com doenças sistêmicas graves (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2003b; CREEDON, 1995).

A decisão, quanto ao uso da sedação consciente ou da anestesia geral baseia-se na avaliação prévia do comportamento do paciente, na capacidade de modificar um determinado comportamento, na extensão do tratamento, na responsabilidade da família, na viabilidade econômica de soluções alternativas e principalmente, na comparação risco/benefício em relação ao estado fisiológico do paciente, este último determinado pela história médica cuidadosa e pelo exame físico recente (CREEDON, 1995; GUEDES-PINTO, 1997).

Para Camargo (2005), muitos pacientes com necessidades especiais recebem tratamento odontológico somente em situações de urgência, na presença de dor, sendo comum à indicação de exodontia.

A cooperação do paciente é essencial para o sucesso do tratamento odontológico, e quando a comunicação é impedida por deficiência física ou mental, ou ainda, por problemas psicológicos, a indicação é o procedimento cirúrgico a nível hospitalar, sob anestesia geral, que quando indicados corretamente, através de um exame anamnésico bem elaborado, apresenta excelentes resultados a curto e médio prazo (ADA, 2002).

Conforme Haddad (2007), a indicação de anestesia geral para o tratamento odontológico em pacientes especiais deve basear-se nas condições gerais de saúde, saúde oral e comportamental.

Para Castro et al. (2010), muitos pacientes especiais que apresentam dificuldade em realizar uma boa higiene oral ou que não tenham acesso a serviços odontológicos devido a uma incapacidade ou condição médica (Caputo et al., 2009). Assim a realização da anestesia geral é uma boa alternativa para o tratamento

odontológico de melhor qualidade, o qual exigiria um elevado grau de cooperação do paciente.

Conforme Haubek et al. (2006), a demora ao encaminhamento ao tratamento odontológico das crianças especiais gera cuidados mais complexos do que a cárie dental.

Para American Academy of Pediatric Dentistry (2003), as indicações para uso da anestesia geral envolvem problemas graves de distúrbios de conduta ou pacientes com desordens psicológicas; tratamento de pacientes especiais com severas restrições físicas e mentais; necessidade de tratamento em portadores de doenças sistêmicas; procedimentos cirúrgicos em crianças muito novas onde há a necessidade de tratamento extensivo; pacientes com intolerância aos anestésicos locais; crianças rebeldes para as quais não foi possível o tratamento, mesmo com o auxílio de pré-medicação e anestesia local e pacientes especiais necessitam de atendimento odontológico imediato.

Ao abordar a saúde bucal em pacientes com necessidades especiais, foi constatado que é essencial uma maior atenção odontológica, com a participação do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar para a realização de tratamento e, principalmente, para a prevenção de doenças bucais, uma vez que a assistência odontológica é negligenciada nesses casos, e a falta de conhecimento dos responsáveis e ao despreparo dos odontólogos na abordagem desses pacientes e acerca das conseqüências decorrentes da saúde dental, condições sistêmicas, tratamento e medicação (TRULSSON, 2003).

Na primeira visita, além da anamnese cuidadosa, é importante estabelecer uma relação de confiança entre as partes, conhecer a história médica, identificar o tipo de deficiência, observar o comportamento do paciente, da família e o relacionamento entre ambos. No final da primeira visita os familiares devem ser informados a respeito do estado da saúde do paciente e da conduta a ser instituída, ressaltando-se que a cooperação familiar e dos demais profissionais que cuidam do paciente é indispensável para o sucesso do tratamento odontológico os pacientes com necessidades especiais podem ser atendidos sob os mesmos padrões estabelecidos para o tratamento odontológico dos demais pacientes (TOLEDO; BEZERRA, 1989).

Do paciente, quando possível, ou de seus familiares, deve-se obter, por escrito, o consentimento para a utilização dos mesmos. É indispensável informar a família em termos claros e concisos, a respeito dos riscos e benefícios de cada técnica, os

motivos para sua aplicação e os métodos alternativos disponíveis. Todas as informações devem ser registradas meticulosamente na ficha do paciente, incluindo história médica pregressa, avaliação física pré e pós-operatória, procedimentos, orientações, prescrição de medicamentos, bem como a existência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2003a; CREEDON, 1995; GUEDES-PINTO, 1997).

O Ministério da Saúde calcula que aproximadamente dois terços dos portadores de necessidades especiais não recebem qualquer atenção à saúde. Por sua vez, os portadores de deficiência neuropsicomotoras muitas vezes apresentam doenças bucais que comprometem seriamente os dentes levando a sua perda (BRASIL, 1993).

Os médicos dificilmente informam à família das possibilidades de desenvolvimento, as formas de superação das dificuldades, os locais de orientação familiar, recursos de estimulação precoce, os centros de educação e de terapia entre outro. Além da problemática resultante da evolução, ainda existem outros fatores agravantes que contribuem para a falta de assistência aos pacientes com necessidades especiais (SILVA; ELSEN, 2006).

Na Odontologia, o atendimento aos portadores de necessidades especiais elevado à especialidade é tido como novo. Até então poucos serviços aceitava-os para tratamento e, na maioria das vezes, o mesmo era de cunho cirúrgico restaurador, realizado sob anestesia geral, com poucas referências a respeito de ética e legislação disponíveis para consulta (BRASIL, 1993).

Finalmente, é necessário entender que a competência humana para cuidar em saúde, deve ser assim compreendida: assumir a responsabilidade do cuidado partindo da concepção da saúde como qualidade de vida, interagindo com o cliente/usuário/cidadão, suas necessidades e escolhas, valorizando sua autonomia para assumir sua própria saúde; e agir mobilizando conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações (imprevistas ou não), na promoção/produção eficiente e eficaz do cuidado (PINTO; MACHADO; SÁ, 2004).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde oral a crianças portadoras de necessidades especiais está muito aquém das prioridades necessárias para a garantia de uma boca saudável e uma dentição dentro dos padrões de saúde.

Segundo o Conselho Federal de Odontologia, no Brasil há apenas 445 profissionais especializados em pacientes portadores de necessidades especiais, sendo que em alguns estados como, por exemplo, o Acre, Amapá, Rondônia e Roraima não há nenhum profissional registrado junto ao Conselho de Odontologia. A maioria desses profissionais está concentrada nos grandes centros populacionais como São Paulo, que conta com 163 profissionais e destes 84 estão presentes na capital paulista, no Rio de Janeiro há 53 especialistas e Minas Gerais conta com 52 especialistas. No Rio Grande do Sul há apenas 23 especialistas, sendo que 17 profissionais se encontram em Porto Alegre.

Não há políticas específicas que atuem para a garantia de saúde para essas crianças. Ainda que a constituição garanta direito ao acesso a saúde universal e igualitária, estas crianças são encaminhadas de um profissional ao outro e dessa forma o atendimento odontológico sendo sempre postergado e nunca é concluído.

Os profissionais também se sentem desqualificados e despreparados ante a situação de atendimento a uma criança que requer paciência, tolerância, prática de técnicas especiais e principalmente a atenção especial dos profissionais com estas crianças e seus familiares.

A maioria dos pais e responsáveis pelas crianças especiais não tem acesso às informações sobre higiene oral e acabam por não realizar uma correta higiene oral no menor. O problema, é que muitos pacientes quando encaminhados a profissionais capacitados, já é tarde para realizar procedimentos preventivos, sendo necessária uma intervenção cirúrgica com métodos invasivos, aonde a maioria dos casos o tratamento indicado será a exodontia. Sendo assim, o procedimento deverá, na maioria dos casos, realizado a nível hospitalar, sendo que os riscos de complicações são maiores.

Portanto, é necessário que aja incentivos governamentais, públicos e privados para a conscientização dos profissionais de saúde da extrema importância na sociedade dessas crianças e, bem como, dos pais e responsáveis por essas crianças

para que busquem orientações de higiene oral, atendimentos preventivos e prezem a saúde oral dessas crianças para que posteriormente, quando chegarem á idade adulta, não permaneça sem atenção a saúde bucal, e assim baixar os índices de cárie e perda precoce dos dentes.



## REFERÊNCIAS:

- ABREU, M. H. N. G.; PAIXÃO, H. H.; RESENDE, V. L. S. **Portadores de Paralisia Cerebral: aspectos de interesse na odontologia.** *Arquivos em Odontologia.* Belo Horizonte. v.37,n.1,p.53-59, jan/jun 2001.
- AGUIAR, S.M.H.C. A; VILA, P. SANTOS, P.R. **A Prevalência de Cárie Dental em Pacientes com Retardo Mental por Lesão Acóxia Cerebral.** *Revista Âmbito Odontologia.* v.6, p.124-127,1992.
- \_\_\_\_\_. **Análise Comparativa do Percentual de Cárie Dental entre Pacientes Portadores de Síndrome de Down e de Retardo Mental por Lesão Acóxia Cerebral.** *Revista Odontológica UNESP.* v.21,p.359-368,1992.
- \_\_\_\_\_. **Eficiência de um Programa para a Educação e a Motivação da Higiene Buco-dental Direcionada a Pacientes Excepcionais com Deficiência Mental e Disfunções Motoras.** *Revista da Faculdade de Odontologia Lins.* v.12 (1/2),p.16-23, 2000.
- AL AGILI, et al.; **Access to Dental Care in Alabama for Children With Special Needs: Parents Perspectives.** *J. AM. Dent. Assoc.* v.135, n.4,p.490-495, oct/nov.2004.
- ALBINO, J.E. **Results of an Oral Hygiene for Severely Retarded Children Journal Denture Children.** v.46, p.25-28,1979.
- ALBUM, M. M. **The philosophy of Dental Care of the Handicapped: Past, Present, and Future.** *Special Care in Dentistry.* Chicago. v.10, n. 4, p. 129-132, jul./aug. 1990.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Guideline on Behavior Management. Pediatric Dentistry.**Chicago, v. 25, n. 7, p. 69-74, 2003a.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Guideline on Elective Use of Conscious Sedation, Deep Sedation and General Anesthesia in Pediatric Dental Patients.** *Pediatric Dentistry,* Chicago, v. 25, n. 7, p. 75-81, 2003b.
- AMERICAN DENTAL ASSOCIATION **Guidelines for the Use of Conscious Sedation, Deep Sedation and General Anesthesia for Dentist.** ADA, Chicago. 2002.
- ANTUNES, J.L.F.; NARVAI P.C. **Revista Saúde Pública,** São Paulo. v. 44, p. 2, Abril, 2010.
- BALLONE, G. J: Disponível em [www.psiqweb.med.br/acesso](http://www.psiqweb.med.br/acesso) em 25/05/2011.
- BLINKHORN, A. S.; KAY, E. J. **First Impressions: Just What do My Patients Think of Me Dental Update.** Manchester. v. 26. n. 1 p. 16-20.jan./fev. 1999.
- BRASIL. **Lei nº 7853/85. Dispõe sobre os Direitos das Pessoas portadores de deficiência.** Brasília. Plano de Ação : Corde. 2005.
- BRASIL. **Lei Nº 10048; 2000. Lei 10.098; 2000. Decreto 5296.** Ação Brasileira para Acessibilidade. Abra. 2005.
- BRASIL. **Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde.** Ministério da Saúde. Brasília,1993.
- BRASIL. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica.Brasília. n. 17, p. 09-84, 2006.
- BRASIL, Constituição. **Constituição República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988. Senado Federal.
- BRASIL. **Agenda de Compromisso para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.** Ministério da Saúde. Brasília. 2004.

BRASIL. **Lei n 10406**. Institui o Código Civil Brasileiro, 10 de Janeiro de 2002.

CAMARGO, M.A.R. **Estudo da Prevalência da Cárie em Pacientes Portadores de Paralisia Cerebral**. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

CANCINO, C. M. H.; et al.; **Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais Percepções, Sentimentos e Manifestações de Alunos e Familiares de Pacientes**. 2005. Dissertação (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

CARVALHO, M de L.; et al.; **Deficiente? Quem? Cirurgiões-Dentistas ou Pacientes com Necessidades Especiais**. Uberlândia, v. 4, n. 1, p. 65-71, set. 2004.

CASAMASSIMO, P. S.; SEALE, N. S.; RUEHS, K. **General Dentists Perceptions of Educational and Treatment Issues Affecting Access to Care for Children With Special Health Care Needs**. J Dent Educ. v. 68, n. 1, p.23-28 .jun./jul. 2004.

CASTRO A.L. et al.; **Avaliação do Tratamento Odontológico em Pacientes com Necessidades Especiais sob Anestesia Geral**. Revista Odontologia UNESP. v.39(3), p.137-142, 2010.

COOLEY, R.O.; SANDERS, B.J. **The Pediatrician's Involvement in Prevention and Treatment of Oral Disease in Medically Compromised Children**. The pediatric clinics of north American, v. 38, n. 5. p.1265-1288, oct. 1991.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Disponível em [www.cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/](http://www.cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/). Acesso em 15/06/2011.

\_\_\_\_\_, **Resolução CFO-25/2002**. Rio de Janeiro, p.148 à 149. 2002,

CORRÊA M.S.N.P. et al. **A Criança Portadora de Necessidades Especiais: Aspectos Psicológicos Gerais**. São Paulo. Santos 1 ed, p.529-534, 2002.

CREEDON, R. L. **Controle Farmacológico do Comportamento do Paciente** In: McDONALD, R. E.; AVERY, D. R. Odontopediatria. 6. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. p. 211-229, 1995.

CRESPI, V. P.; FERGUSON, F. S. **Approaching Dental Care For The Developmentally Disabled: A Guide for the Dental Practitioner**. The New York State Dental Journal, Long Island, v. 53, n. 2, p. 29-32, feb. 1967.

DUALIBI, S.E.; DUALIBI, M.T. **Uma Nova Visão sobre Conceito e Classificação Pacientes Especiais, Atual Odontol Brasileira**. v. 6, p.3, 1989.

EDWARDS, D. M.; MERRY, A. J. **Disability Part 2: Access to Dental Services for Disabled People. A Questionnaire Survey of Dental Practices in Merseyside**. British Dental Journal, Liverpool, v. 193, n. 5, p. 253-255, set. 2002.

FENTON, S. J. et al.; **The American Academy of Developmental Medicine and Dentistry: Eliminating Health Disparities for Individuals With Mental Retardation and Other Developmental Disabilities**. J. dent. Educ., Tennessee, v. 67, n. 12, p. 1337-1344, dec. 2003.

FERGUSON, F. S.; BERENTSEN, B.; RICHARDSON, P. S. **Dentists' Willingness to Provide Care Patients With Developmental Disabilities**. Special Care in Dentistry, New York, v. 11, n. 6, p. 243-247, nov./dec. 1991.

FERNANDES, I. M. S. **Acolhimento a Portadores de Necessidades Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município de João Pessoa – PB**. João pessoa. 2009 (Monografia de Conclusão) do curso de Graduação de Odontologia - Universidade Federal da Paraíba.

FRAZAO, P.; NARVAI, P.C. **Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde: 20 Anos de Lutas por Uma Política Pública Saúde.** *Debate.* v.33(81), p.64-71. 2009,

FRENK, J.M. **Investigaciones sobre Servicios de Salud: una Antología.** White KL, Washington, DC, Ops ed. p. 929-943, 1992.

FIGUEIREDO, M.C.; PALMINI, A.L.; RODRIGUES, R.M.A. **A Importância da Interação Pediatra Odontopediatra no Atendimento Integral a Crianças.** *Rev. Fac. Odontol. Univ. Passo Fundo.* v.2, n.2, p. 11-8, 2002.

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

GARCIA, D.V.; **A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DA SAUDE BUCAL: Percorrendo os Bastidores do Processo de Formulação.** 2006. Ddissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Insti Méd Soc da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

GIOVANELLO, L. et al.; **Sistemas Municipais de Saúde e a Diretriz para Integralidade: Critérios para a Avaliação.** *Saúde em Debate.* v. 26 (60), p. 37-61, 2002.

GLASSMAN, P.et al.; **Special Care Dentistry Association Consensus Statement on Sedation, Anesthesia and Alternative Techniques for People With Special Needs.** *Special Care Dent.* v.29, p. 2-8, 2009.

GRUSVEN VAN, M.F.V. ;CARDOSO, E.B.T. **Atendimento Odontológico em Crianças com Necessidades Especiais.** *Revista APDC.* v. 49(5),1995.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria.** 4th ed. São Paulo. Santos. 1993.

\_\_\_\_\_. **Pacientes especiais.** In: Odontopediatri. São Paulo Santos. 6. ed., p. 133-144; 877-903, 1997

GULLIKSON, J. S. **Oral Findings of Mentally Retarded Children.** *ASDC J. Dent.Child.,Chicago,* v. 36, n. 2, p. 133-137,mar./apr. 1969.

HADDAD, A.S; MARETI, M.B.C. **Anestesia Geral no Tratamento Odontológico de Pacientes com Necessidades Especiais.** *Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais,* São Paulo. Santos. p .501-14, 2007.

HAUBEK, D. et al.; **Dental Treatment of Children Referred to General Anesthesia- Association With Contry of Origin and Medical Status.** *Int Paediatr Dent.* v.16, p.239-246, 2006,

JOHNSON, A. **A Prevalência and Characteristics of Children with Cerebral Palsy in Europe.** *Dev Med Child Neuro.* v.44 (9), p.633-640, 2002.

LANNES C; VILHENA –MORAES A. In:**Pacientes Especiais,** Guedes-Pinto Odontopediatria. São Paulo. editora Santos. 3.ed., p.1061-1095, 1998.

MARTINS L. et al.; **Oral Hygiene of Handicapped Subjects Flanders.** *Rev belg méd dant.* v.3,p.25-34, 1995.

MEDOZA-SASSI R. **Utilización de los Servicios de Salud: una Revisión Sistemática sobre los Factores Relacionados.** *Caderno Saúde Pública.* v.17(4), p.819-832, 2001.

MOURADIAN, W. ; CORBIN, S. **Addressing Health Disparities Through Dental Medical Collaborations, part II. Cross-Cutting themes in the Care of Special Populations.** *Journal of Dental Education,* Seattle. v. 67, n. 12, p. 1320-1326, dec. 2003.

MUGAYAR, L. R. F. **Pacientes portadores de necessidades especiais.** São Paulo Pancast. 2002.

NEWBRUN, E. **Cariologia.** 2.ed. São Paulo Santos. 1988.

- NUNN, J. H.; MURRAY, J. J. **Dental care of Handicapped Children by General Dental Practitioners**. Newcastle-upon-Tyne. v. 52, n. 8, p. 463-465, aug. 1987.
- OLIVEIRA et al.; **Fatores Relacionados ao Uso de Diferentes Métodos de Contenção em Pacientes Portadores de Necessidades Especiais**. Ciência Odontol Brás. v.7, p.52-59, jul./set.2004.
- OLIVEIRA, L. F. A.; OLIVEIRA, C. C. C.; GONÇALVES, S. R. J. **Impacto de um Programa de Educação e Motivação de Higiene Oral Direcionado a Crianças Portadoras de Necessidades Especiais**. Odontologia Clín. Científ. Recife. v. 3, n. 3, p.187-192, set./dez. 2004.
- OLIVEIRA, A. C. B, PAIVA, S. M.; PORDEUS, I. A. **Aceitação dos Pais Quanto às Técnicas de Contenção Utilizadas em Crianças com Deficiência Mental**. Pesq.Odontol. Brás. São Paulo, v.17, p.105, jul. /set. 2003.
- PAIM J.S. **Bases Constitucionais da Reforma Sanitária Brasileira**. Fleuru S. A Luta do Cebes. São Paulo. Lemos. 1997.
- PERES S.A.; PERES S.H.C.; SILVA R.H.A. **Atendimento a Pacientes Especiais: Reflexão Sobre os Aspectos Éticos e Legais**. Faculdade de Odontologia Lins Piracicaba. v. 17(1), p.49-53, 2005.
- PINKHAM, J. R. **Manejo do Paciente**, In:\_\_\_\_\_. Odontopediatria: da Infância à Adolescência. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas. p. 372-385, 1996.
- PINTO, B. de M.; MACHADO, C. J.; SÁ, E. O. **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**. 2004. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.
- PUCCA JÚNIOR, G. **A Política Nacional de Saúde Bucal como Demanda Nacional. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 243-246, jan./ mar. 2006.
- PUESCHEL, S. M. **Questões Médicas**. In: PUESCHEL, S. M.(ORG.) Síndrome de Down: Guia para Pais e Educadores. 3. ed. Campinas: Papyrus. Cap. 8, p. 85-98, 1988.
- REGULAMENTO DA POLÍTICA NACIONAL PARA A INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIENCIA. **Decreto nº3.298 de 20 de dezembro de 1999**, disponível em [www.msites.com.br](http://www.msites.com.br) acesso em junho de 2011.
- SCHMIDT M.G. **Avaliação Cárie Dentária, Níveis Salivares de Estreptococos do Grupo Mutans e Capacidade Tampão da Saliva em Crianças Portadoras de Síndrome de Down na Faixa Etária 6 a 14 anos** (Dissertação de Mestrado), São Paulo, USP, 1998.
- SCULLY, C.; KUMAR, N. **Dentistry for those requiring special care**. Primary Dental Care. London, v. 10, n. 1, p. 17-22, jan. 2003.
- SILVA, Z. C. et al.; **Avaliação do Perfil dos Pacientes com Necessidades Especiais da Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da PUCRS**. Revista Odonto Ciência Fac. Odontol PUCRS, Porto Alegre, v. 20, n. 50, out./dez. 2005.
- SILVA, A. F.; ELSEN, I. **Uma Sociedade Inclusivista para as Famílias Portadoras de Membros com Necessidade Especial**. Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.8, n.2, p.154-162, mai./ago 2006.
- SILVA, P.S da B.; MARTINS, C. C. A. **Perfil de um Serviço de Assistência Odontológica a Excepcionais no Brasil**. Trabalho desenvolvido na Faculdade de Odontologia de Araçatuba, baseado no banco de dados do Centro de Assistência Odontológica a Excepcionais (CAOE) da Unesp. Rev. Fac. Odontol. Lins, Araçatuba, v.14, n. 2, p.2, jul./dez. 2002.

SILVEIRA, J. L. G. C.; OLIVEIRA, V.; PADILHA, W. W. N. **Avaliação da Redução do Índice de Placa e do Índice de Sangramento Gengival em uma Prática de Promoção de Saúde Bucal com Crianças.** Pesq. Odontol. Bras., São Paulo, v. 16, n. 2, p. 169-74, abr. /jun. 2002.

SHENKIN, J.; DAVIS, M.; CORBIN, S. B. **The Oral Health of Special Needs Children: Dentistry's Challenge to Provide Care.** J. Dent. Child., Washington, v. 68, n. 3, p. 201-205, jun. 2001.

STIEFEL, D. J.; TRUELOVE, E. L.; JOLLY, D. E. **The Preparedness of Dental Professionals to Treat Persons With Disabling Conditions in Long-Term Care Facility and Community Settings.** Special Care Dentistry, Washington, v. 7, n. 3, p. 108-113, mai./jun. 1987.

SOAR FILHO, E. J. **A Interação Médico-Cliente.** Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 35-42, jan./mar. 1998.

TÄHKÄ, V. **O Relacionamento Médico-Paciente.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

TOLEDO, O. A.; BEZERRA, A. C. B. **Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais.** In: TOLEDO, O. A. Odontopediatria: Fundamentos Para a Prática Clínica. São Paulo. Panamericana. p. 63-73, 1989.

TOMITA, N. E. ; FAGOTE, B. F. **Programa Educativo em Saúde Bucal para Pacientes Especiais.** Odontologia e Sociedade, Bauru, v.1, n.2, p. 45-50, 1999.

TRULSSON V., KLINGBERG G. **Living With a Severe Orofacial Handicap: Experiences from the Perspectives of Parents.** Eur J Oral Scie. v.111 (1), p.19-25, 2003.

WESSLS, K.E. **Oral Conditions in Cerebral Palsy.** Dental Clin North Am. v. 4, p. 455-68, 1978.