

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

ANA ELIZA DA SILVA CORRÊA

**POLÍTICAS DE INCLUSÃO AO ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO AOS PACIENTES COM
DEFICIÊNCIA**

Bauru

2011

ANA ELIZA DA SILVA CORRÊA

**POLÍTICAS DE INCLUSÃO AO ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO AOS PACIENTES COM
DEFICIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde como parte dos requisitos para obtenção do título de Odontólogo, sob a orientação da Profa. Dra. Sara Nader Marta

Bauru
2011

ANA ELIZA DA SILVA CORRÊA

**Políticas de Inclusão ao Atendimento Odontológico aos Pacientes Com
Deficiência**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde como parte dos requisitos para obtenção do título de Odontólogo, sob a orientação da Profa. Dra. Sara Nader Marta

Banca Examinadora:

Profa. Dra.Sara Nader Marta
Universidade Sagrado Coração

Prof. Dr. Roberto Yoshio Kawakami
Universidade Sagrado Coração

Profa. Mestre Débora Barroso Legramandi Milreu
Universidade Sagrado Coração

Bauru , 1 de Dezembro de 2011

C8241p

Correa, Ana Eliza da Silva

Política de inclusão ao atendimento odontológico aos pacientes com deficiência / Ana Eliza da Silva Correa -- 2011.

36f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Sara Nader Marta

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Sagrado Coração – Bauru – SP.

1. Inclusão. 2. Pacientes com deficiência . 3. Odontologia. I. Marta, Sara Nader. II. Título.

Dedico este trabalho ao meus pais, minha família e amigos que de muitas formas me incentivaram e ajudaram para que fosse possível a concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A minha orientadora Profa. Dra Sara Nader Marta, pelo empenho, paciência e credibilidade, agradeço por tudo.

“Meu agradecimento por repartir seu conhecimento, colocando em minhas mãos as ferramentas com as quais abrirei novos horizontes, rumo à satisfação plena dos ideais humanos e profissionais.”

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas oportunidades que me foi dada na vida, principalmente por ter conhecido pessoas e lugares interessantes, mas também por ter vivido fases difíceis, que foram matérias-primas de aprendizado. Senhor, obrigada pelo fim de mais essa etapa.

Agradeço a todas as pessoas do meu convívio que acreditaram e contribuíram, mesmo que indiretamente, para a conclusão deste curso.

Não posso deixar de agradecer meus pais, sem os quais não estaria aqui, por terem feito o possível e o impossível, respeitando minhas decisões e nunca deixando que as dificuldades acabassem com os meus sonhos, serei imensamente grata, pelo amor incondicional e pela paciência e por terem me fornecido condições para me tornar profissional e mulher que sou.

Agradeço também minha Tia Maria das Graças Silva, que sempre me ajudou durante esses anos da minha faculdade

Aos meus familiares, que torceram e acreditaram na conclusão deste curso.

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

Charles Chaplin

RESUMO

O Presente trabalho teve como objetivo analisar as políticas de inclusão para o atendimento odontológico de pacientes com deficiências. Foram analisados esse tipo de atendimento em unidades de Saúde. Isso foi feito por meio da análise de fontes bibliográficas utilizando as bases de dados Scielo, Pubmed, Lilacs, Bireme e fontes documentais paralelas, mais precisamente na Internet. Concluiu-se que há deficiência nesse tipo de atenção provavelmente pela não inclusão desse conteúdo nos cursos de graduação em Odontologia.

Palavras-chave: inclusão, pacientes com deficiência, odontologia

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the policies of Dental Care of Patients with Disabilities. We analyzed the Statement of Dental Care of Patients with Disabilities in various units of Health for analysis was used literature sources found in books, scientific articles and published study using the databases Scielo, Pmed, Lilacs, and documentary sources Bireme parallel, more precisely on the Internet. It was concluded that It was concluded that there is a deficiency in this type of attention probably attributable to the inclusion of such content in undergraduate courses in dentistry.

Keywords: inclusion, patients with disabilities , dental

LISTA DE IUSTRAÇÃO

Quadro 1-Trajectoria dos termos utilizados ao longo da história da atenção às pessoas com deficiência, no Brasil.....	16,17,18,19,20
Quadro 2-Classificação de coeficiente intelectual segundo a OMS.....	21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	JUSTIFICATIVA	13
3	OBJETIVO.....	14
3.1	Objetivo geral.....	14
3.2	Objetivo específico.....	14
4	METODOLOGIA	15
5	DESENVOLVIMENTO	16
	5.1 Terminologia/Classificação:.....	16
	5.2 Fatores etiológicos	22
	5.3 Prevenção das Deficiências.....	23
	5.4 Odontologia para Pacientes Especiais como Especialidade Odontológica..	25
6	DISCUSSÃO	32
7	CONCLUSÃO	35
	REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde- OMS, “Saúde é o bem estar físico, psíquico e social”

O homem é formado por um conjunto de órgãos e sistemas que devem funcionar harmonicamente. Pacientes especiais são aqueles cuja harmonia foi rompida e esses indivíduos fazem parte do dia-a-dia do cirurgião-dentista na clínica odontológica.

O termo deficiência “diz” respeito às necessidades especiais intrínsecas a doença/deficiência de que o paciente é portador. Por essa razão, o termo correto da especialidade é: pacientes com necessidades especiais.

As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, acidentes e envelhecimento. Formam um grande grupo que nem sempre podem ser identificados apenas pelo aspecto físico; por isso o cirurgião dentista deve realizar anamnese minuciosa a fim de detectar possíveis alterações e assim proporcionar atendimento odontológico integral e seguro.

Esses pacientes são exceção e, por essa razão, há a necessidade de individualização na abordagem e plano de tratamento. Cada caso é único, com características peculiares, ainda que a moléstia seja a mesma, lembrando sempre que a atuação do cirurgião dentista é local, mas a repercussão do tratamento é sistêmica.

Identificando o desequilíbrio, o plano de tratamento deve ser adequado ao tipo de doença que acomete o paciente. O tratamento deve envolver a equipe multiprofissional que cuida do paciente podendo incluir inúmeros profissionais da saúde como médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros.

Embora representem 10% da população e tendo o direito à saúde garantido na Constituição observa-se uma deficiência nos serviços de saúde para suprir as necessidades destes indivíduos. O reconhecimento desta área como especialidade odontológica e a sua inclusão nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS) no programa Brasil Sorridente são ações que visam uma cobertura maior a este grupo populacional. Desta forma a pesquisa dos serviços, através da literatura, que oferecem esta assistência poderá contribuir para se traçar o perfil desta realidade social.

2 JUSTIFICATIVA

Realizar uma comparação da política de atendimento dos pacientes com deficiência em diversas unidade de saúde e em diversas regiões.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar as políticas inclusão dos indivíduos com deficiência em serviços odontológicos.

3.2 Objetivo específico

Realizar uma pesquisa bibliográfica sobre as políticas de inclusão de pessoas com deficiência nos serviços de saúde públicos ou privados.

4 METODOLOGIA

Esse trabalho foi realizado através de revisão de literatura de forma exploratória utilizando referências bibliográficas informativas sobre as possibilidades de tratamento odontológico para indivíduos com deficiência. A pesquisa foi realizada por meio de livros, artigos científicos e estudo de casos publicados utilizando as bases de dados Scielo, Pubmed, Lilacs, Bireme. Foram utilizadas também fontes documentais paralelas, mais precisamente na Internet onde o fluxo de informações a respeito é constantemente revisado, atualizado e discutido pelos profissionais da área, além de oferecer artigos e resenhas que geralmente não são encontrados nas fontes bibliográficas usuais, mais oferecem pontos de vista interessantes relacionados à política de atendimento aos pacientes com deficiências.

5 DESENVOLVIMENTO

Esse capítulo será dividido em tópicos facilitar a leitura e entendimento do assunto abordado

5.1 Terminologia/Classificação:

A nomenclatura para se referir às pessoas com deficiência sofreu várias alterações ao longo do tempo. Durante o século 20 essas pessoas eram chamadas de “Inválidas”, até o ano de 1960 de Indivíduos com “Capacidade Residual” e também de “ Inválidos”, entre 1960-1980 o termo usado era “Os Deficientes” e “Os Excepcionais” . Em 1980 a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o termo “Pessoas Deficientes”. Para ilustrar a evolução de nomenclatura ao longo do tempo Sasaki (2005) propôs um quadro que resume a tendência em cada período com os seus respectivos significados (Quadro 1).

ÉPOCA	TERMOS E SIGNIFICADOS	VALOR DA PESSOA
<p>No começo da história, durante séculos.</p> <p>Romances, nomes de instituições, leis, mídia e outros meios mencionavam “os inválidos”. Exemplos: “A reabilitação profissional visa a proporcionar aos beneficiários inválidos...” (Decreto federal nº 60.501, de 14/3/67, dando nova redação ao Decreto nº 48.959-A, de 19/9/60).</p>	<p>“os inválidos”. O termo significava “indivíduos sem valor”. Em pleno século 20, ainda se utilizava este termo, embora já sem nenhum sentido pejorativo.</p> <p>Outro exemplo: “Inválidos insatisfeitos com lei relativa aos ambulantes” (<i>Diário Popular</i>, 21/4/76).</p>	<p>Aquele que tinha deficiência era tido como socialmente inútil, um peso morto para a sociedade, um fardo para a família, alguém sem valor profissional.</p> <p>Outros exemplos: “Servidor inválido pode voltar” (<i>Folha de S. Paulo</i>, 20/7/82). “Os cegos e o inválido” (<i>IstoÉ</i>, 7/7/99).</p>
<p>Século 20 até 1960.</p> <p>“Derivativo para incapacitados” (<i>Shopping News</i>, Coluna Radioamadorismo, 1973).</p> <p>“Escolas para crianças incapazes” (<i>Shopping News</i>, 13/12/64).</p> <p>Após a I e a II Guerras</p>	<p>“os incapacitados”. O termo significava, de início, “indivíduos sem capacidade” e, mais tarde, evoluiu e passou a significar “indivíduos com capacidade residual”. Durante várias décadas, era comum o uso deste termo para designar</p>	<p>Foi um avanço da sociedade reconhecer que a pessoa com deficiência poderia ter capacidade residual, mesmo que reduzida.</p> <p>Mas, ao mesmo tempo, considerava-se que a deficiência, qualquer que fosse o tipo, eliminava ou</p>

<p>Mundiais, a mídia usava o termo assim: “A guerra produziu incapacitados”, “Os incapacitados agora exigem reabilitação física”</p>	<p>pessoas com deficiência de qualquer idade. Uma variação foi o termo “os incapazes”, que significava “indivíduos que não são capazes” de fazer algumas coisas por causa da deficiência que tinham.</p>	<p>reduzia a capacidade da pessoa em todos os aspectos: físico, psicológico, social, profissional etc.</p>
<p>De 1960 até 1980. “Crianças defeituosas na Grã-Bretanha tem educação especial” (<i>Shopping News</i>, 31/8/65). No final da década de 50, foi fundada a Associação de Assistência à Criança Defeituosa – AACD (hoje denominada Associação de Assistência à Criança Deficiente). Na década de 50 surgiram as primeiras unidades da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - Apae.</p>	<p>“os defeituosos”. O termo significava “indivíduos com deformidade” (principalmente física). “os deficientes”. Este termo significava “indivíduos com deficiência” física, intelectual, auditiva, visual ou múltipla, que os levava a executar as funções básicas de vida (andar, sentar-se, correr, escrever, tomar banho etc.) de uma forma diferente daquela como as pessoas sem deficiência faziam. E isto começou a ser aceito pela sociedade. “os excepcionais”. O termo significava “indivíduos com deficiência intelectual</p>	<p>A sociedade passou a utilizar estes três termos, que focalizam as deficiências em si sem reforçarem o que as pessoas não conseguiam fazer como a maioria. Simultaneamente, difundia-se o movimento em defesa dos direitos das pessoas superdotadas (expressão substituída por “pessoas com altas habilidades” ou “pessoas com indícios de altas habilidades”). O movimento mostrou que o termo “os excepcionais” não poderia referir-se exclusivamente aos que tinham deficiência intelectual, pois as pessoas com superdotação também são excepcionais por estarem na outra ponta da curva da inteligência humana.</p>
<p>De 1981 até 1987. Por pressão das organizações de pessoas com deficiência, a ONU deu o nome de “Ano Internacional das Pessoas Deficientes” ao ano de 1981.</p>	<p>“pessoas deficientes”. Pela primeira vez em todo o mundo, o substantivo “deficientes” (como em “os deficientes”) passou a ser utilizado como adjetivo,</p>	<p>Foi atribuído o valor “pessoas” àqueles que tinham deficiência, igualando-os em direitos e dignidade à maioria dos membros de qualquer sociedade ou país.</p>

<p>E o mundo achou difícil começar a dizer ou escrever “pessoas deficientes”. O impacto desta terminologia foi profundo e ajudou a melhorar a imagem destas pessoas.</p>	<p>sendo-lhe acrescentado o substantivo “pessoas”. A partir de 1981, nunca mais se utilizou a palavra “indivíduos” para se referir às pessoas com deficiência.</p>	<p>A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 1980 a <i>Classificação Internacional de Impedimentos, Deficiências e Incapacidades</i>, mostrando que estas três dimensões existem simultaneamente em cada pessoa com deficiência.</p>
<p>De 1988 até 1993. Alguns líderes de organizações de pessoas com deficiência contestaram o termo “pessoa deficiente” alegando que ele sinaliza que a pessoa inteira é deficiente, o que era inaceitável para eles</p>	<p>“pessoas portadoras de deficiência”. Termo que, utilizado somente em países de língua portuguesa, foi proposto para substituir o termo “pessoas deficientes”. Pela lei do menor esforço, logo reduziram este termo para “portadores de deficiência”.</p>	<p>O “portar uma deficiência” passou a ser um valor agregado à pessoa. A deficiência passou a ser um detalhe da pessoa. O termo foi adotado nas Constituições federal e estaduais e em todas as leis e políticas pertinentes ao campo das deficiências. Conselhos, coordenadorias e associações passaram a incluir o termo em seus nomes oficiais.</p>
<p>De 1990 até hoje. O art. 5da Resolução CNE/CEB nº 2, de 11/9/01, explica que as necessidades especiais decorrem de três situações, uma das quais envolvendo dificuldades vinculadas a deficiências e dificuldades não-vinculadas a uma causa orgânica.</p>	<p>“pessoas com necessidades especiais”. O termo surgiu primeiramente para substituir “deficiência” por “necessidades especiais”. daí a expressão “portadores de necessidades especiais”. Depois, esse termo passou a ter significado próprio sem substituir o nome “pessoas com deficiência”.</p>	<p>De início, “necessidades especiais” representava apenas um novo termo. Depois, com a vigência da Resolução nº 2, “necessidades especiais” passou a ser um valor agregado tanto à pessoa com deficiência quanto a outras pessoas.</p>
<p>Mesma época acima. Surgiram expressões como “crianças especiais”, “alunos</p>	<p>“pessoas especiais”. O termo apareceu como uma forma reduzida da expressão</p>	<p>O adjetivo “especiais” permanece como uma simples palavra, sem agregar valor</p>

<p>especiais”, “pacientes especiais” e assim por diante numa tentativa de amenizar a contundência da palavra “deficientes”.</p>	<p>“pessoas com necessidades especiais”, constituindo um eufemismo dificilmente aceitável para designar um segmento populacional</p>	<p>diferenciado às pessoas com deficiência. O “especial” não é qualificativo exclusivo das pessoas que têm deficiência, pois ele se aplica a qualquer pessoa.</p>
<p>Em junho de 1994. A Declaração de Salamanca preconiza a educação inclusiva para todos, tenham ou não uma deficiência</p>	<p>“pessoas com deficiência” e pessoas sem deficiência, quando tiverem necessidades educacionais especiais e se encontrarem segregadas, têm o direito de fazer parte das escolas inclusivas e da sociedade inclusiva.</p>	<p>O valor agregado às pessoas é o de elas fazerem parte do grande segmento dos excluídos que, com o seu poder pessoal, exigem sua inclusão em todos os aspectos da vida da sociedade. Trata-se do empoderamento</p>
<p>Em maio de 2002. O Frei Betto escreveu no jornal <i>O Estado de S.Paulo</i> um artigo em que propõe o termo “portadores de direitos especiais” e a sigla PODE. Alega o proponente que o substantivo “deficientes” e o adjetivo “deficientes” encerram o significado de falha ou imperfeição enquanto que a sigla PODE exprime capacidade. O artigo, ou parte dele, foi reproduzido em revistas especializadas em assuntos de deficiência.</p>	<p>“portadores de direitos especiais”. O termo e a sigla apresentam problemas que inviabilizam a sua adoção em substituição a qualquer outro termo para designar pessoas que têm deficiência. O termo “portadores” já vem sendo questionado por sua alusão a “carregadores”, pessoas que “portam” (levam) uma deficiência. O termo “direitos especiais” é contraditório porque as pessoas com deficiência exigem equiparação de direitos e não direitos especiais. E mesmo que defendessem direitos especiais, o nome “portadores de direitos especiais” não poderia ser exclusivo das pessoas com deficiência, pois</p>	<p>Não há valor a ser agregado com a adoção deste termo, por motivos expostos na coluna ao lado e nesta. A sigla PODE, apesar de lembrar “capacidade”, apresenta problemas de uso: 1) Imaginem a mídia e outros autores escrevendo ou falando assim: “<i>Os Podes de Osasco terão audiência com o Prefeito...</i>”, “<i>A Pode Maria de Souza manifestou-se a favor ...</i>”, “<i>A sugestão de José Maurício, que é um Pode, pode ser aprovada hoje ...</i>” 2) Pelas normas brasileiras de ortografia, a sigla PODE precisa ser grafada “Pode”. Norma: Toda sigla com mais de 3 letras, pronunciada como uma palavra, deve ser grafada</p>

	qualquer outro grupo vulnerável pode reivindicar direitos especiais.	em caixa baixa com exceção da letra inicial.
<p>De 1990 até hoje e além.</p> <p>A década de 90 e a primeira década do século 21 e do Terceiro Milênio estão sendo marcadas por eventos mundiais, liderados por organizações de pessoas com deficiência.</p> <p>A relação de documentos produzidos nesses eventos pode ser vista no final deste artigo.</p>	<p>“pessoas com deficiência” passa a ser o termo preferido por um número cada vez maior de adeptos, boa parte dos quais é constituída por pessoas com deficiência que, no maior evento (“Encontrão”) das organizações de pessoas com deficiência, realizado no Recife em 2000, conclamaram o público a adotar este termo. Elas esclareceram que não são “portadoras de deficiência” e que não querem ser chamadas com tal nome.</p>	<p>Os valores agregados às pessoas com deficiência são:</p> <p>1) o do empoderamento [uso do poder pessoal para fazer escolhas, tomar decisões e assumir o controle da situação de cada um] e</p> <p>2) o da responsabilidade de contribuir com seus talentos para mudar a sociedade rumo à inclusão de todas as pessoas, com ou sem deficiência.</p>

Quadro 1- Trajetória dos termos utilizados ao longo da história da atenção às pessoas com deficiência, no Brasil (fonte: Sassaki, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 10% da população, em países em desenvolvimento, têm algum tipo de deficiência, sendo que metade destes com Deficiência Mental, propriamente dita. Calcula-se que o número de pessoas com retardo mental guarda relação com o grau de desenvolvimento do país em questão e, segundo estimativas, a porcentagem de jovens de 18 anos e menos que apresentam retardo mental grave está em torno de 4,6%, nos países em desenvolvimento, e entre 0,5 e o 2,5% nos países desenvolvidos.

A partir do Século XX começou-se a estabelecer uma definição para Deficiente Mental, essa definição se diz respeito ao funcionamento intelectual das pessoas, do qual seria inferior a média estatística das pessoas e principalmente em relação à dificuldade de adaptação.

Segundo a descrição da Associação Americana de Psiquiatria na sua classificação de doenças mentais (DSM.IV) (ref: American Psychiatric Association, 1994), que a característica essencial do retardo mental, é quando o indivíduo possui um “ desenvolvimento intelectual significativamente inferior a média, (Quociente de Inteligência -QI- menor ou igual a 70) acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativos em pelos menos duas das seguintes áreas de habilidades como comunicação, autos cuidados, vidas domésticas, habilidades sociais, relacionamento interpessoais, uso de recurso comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança”, essa é também a definição utilizada pela AAMR (Associação Americana de Deficiência Mental)

Classificações: As classificações existentes buscam facilitar a investigação clínica para a deficiência mental e podem adotar critérios quantitativos e qualitativos.

-Classificação baseada em critérios quantitativos: A Organização Mundial de Saúde (OMS – CID.10), desde 1976, classifica as pessoas deficientes mentais, de acordo com a gravidade da deficiência, como indivíduos com deficiência mental leve, moderada, severa e profunda. Este é um **critério quantitativo** baseado nos valores de QI. (Quadro 2)

Coefficiente intelectual	Denominação	Nível cognitivo (Piaget)	Idade mental correspondente
Menor de 20	Profundo	Período Sensório-Motriz	0-2 anos
Entre 20 e 35	Agudo grave	Período Sensório-Motriz	0-2 anos
Entre 36 e 51	Moderado	Período Pré-operativo	2-7 anos
Entre 52 e 67	Leve	Período das Operações Concretas	7-12 anos

Quadro 2 - Classificação de coeficiente intelectual segundo a OMS – CID-10

As características apresentadas em cada grau de deficiência são:

Profundo: São pessoas com uma incapacidade total de autonomia. Os que têm um coeficiente intelectual inferior a 10, inclusive aquelas que vivem num nível vegetativo.

Agudo Grave: Fundamentalmente necessitam que se trabalhe para instaurar alguns hábitos de autonomia, já que há probabilidade de adquiri-los. Sua capacidade de comunicação é muito

primária. Podem aprender de uma forma linear, são crianças que necessitam revisões constantes.

Moderado: O máximo que podem alcançar é o ponto de assumir um nível pré-operativo. São pessoas que podem ser capazes de adquirir hábitos de autonomia e, inclusive, podem realizar certas atitudes bem elaboradas. Quando adultos podem freqüentar lugares ocupacionais, mesmo que sempre estejam necessitando de supervisão.

Leve: São casos perfeitamente educáveis. Podem chegar a realizar tarefas mais complexas com supervisão. São os casos mais favoráveis.

-Classificação baseada em critérios qualitativos – Adaptativos

Neste critério mais do que os índices numéricos de QI procura-se especificar o grau de comprometimento funcional adaptativo, considerando mais relevante saber em quais habilidades (comunicação, sociais) a pessoa com deficiência mental necessita de apoio, do que seus valores de QI. São critérios com descrições funcionais, centralizando-se mais no indivíduo deficiente sob o ponto de vista das suas oportunidades e autonomias, classificando-os em:

Dependentes: geralmente QI abaixo de 25; casos mais graves, nos quais é necessário o atendimento por instituições. Há poucas, pequenas, mas contínuas melhoras quando a criança e a família estão bem assistidas.

Treináveis: QI entre 25 e 75; são crianças que se colocadas em classes especiais poderão treinar várias funções, como disciplina, hábitos higiênicos, etc. Poderão aprender a ler e a escrever em ambiente sem hostilidade, recebendo muita compreensão e afeto e com metodologia de ensino adequada.

Educáveis: QI entre 76 e 89; a inteligência é dita “limítrofe ou lenta” e estas crianças podem permanecer em classes comuns, embora necessitem de acompanhamento psicopedagógico especial.

5.2 Fatores etiológicos

Inúmeras causas e fatores de risco podem levar a pessoa a ter ou a desenvolver algum tipo de deficiência, podendo ser Fatores de Risco e Causas Pré-Natal, Peri-Natal e Pós-Natal.

Fatores de Risco e Causas Pré-Natal: são aqueles que podem ocorrer desde o momento da concepção até o início do trabalho de parto, podendo ser causado por desnutrição materna; má assistência durante o período de gestação (pré-natal inadequado); algum tipo de doença infecciosa que a mãe possui como sífilis, toxoplasmose, rubéola; fatores tóxicos na mãe como alcoolismo, uso de drogas, efeitos colaterais de medicamentos (medicamentos teratogênicos); poluição do ambiente, tabagismo e também por algum tipo de alteração genética.

Fatores de Risco e Causas Peri-Natal: são aqueles que podem ocorrer do início do trabalho de parto até o 30º dia de vida do bebê, podendo ser causado por má assistência durante o parto ou algum trauma ocorrido no momento do parto; hipóxia ou anóxia (oxigenação insuficiente); bebê prematuro ou abaixo do peso (PIG-Pequeno para aquela Idade Gestacional); icterícia grave do recém-nascido- kernicterus (incompatibilidade RN/ABO)

Fatores de Risco e Causas Pós-Natal: são aqueles que podem ocorrer do 30º dia de vida do bebê até o final da adolescência, podendo ser causado por desidratação grave, desnutrição, carência de estimulação global; algumas infecções como meningoencefalite, sarampo entre outras; intoxicações exógenas por remédios, inseticidas, produtos químicos; por acidentes de trânsito, afogamentos, choques elétricos, quedas , infestações.

5.3 Prevenção das Deficiências

A implementação de estratégias de prevenção é fundamental para a redução da incidência de deficiências e das incapacidades delas decorrentes, tendo em vista que cerca de 70% dos casos são evitáveis ou atenuáveis com a adoção de medidas apropriadas e oportunas (Corde, 1992). O conhecimento da prevalência de doenças e de deficiências potencialmente incapacitantes configurará subsídio essencial para o desenvolvimento das ações de prevenção e a adoção de medidas destinadas a reduzir ou eliminar as causas de deficiências.

As diferentes realidades regionais brasileiras, que compreendem, entre outros, aspectos específicos de ambientes e processos de produção, de emprego e de renda, além de questões culturais que determinam a prevalência de doenças potencialmente incapacitantes deverão ser reconhecidas e consideradas nas estratégias de prevenção.

Como Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, o Ministério da Saúde (2008) prevê medidas preventivas que envolverão ações de natureza informativa e educativa dirigidas à população, relacionadas ao atendimento pré-natal adequado e à detecção precoce de deficiências, bem como de conscientização e formação de recursos humanos qualificados para a prestação de uma atenção eficiente neste contexto. Nesse sentido, deverão ser promovidos processos educativos e campanhas de comunicação social que esclareçam e estimulem a população em geral e os segmentos de risco a adotarem estilos de vida saudáveis e, conseqüentemente, a abandonar hábitos nocivos, como o sedentarismo, o tabagismo e o uso de drogas. Os programas de vacinação que, sabidamente, contribuem para a prevenção de deficiências, deverão incluir ações informativas à população em geral enfocando a inter-relação da imunização e a prevenção de deficiências, utilizando-se de linguagem acessível e de recursos variados e abrangentes. Nesse particular, ênfase especial será dada às atividades de vacinação contra poliomielite, o sarampo e a rubéola. A investigação da citomegalovirose deverá também ser incentivada e possibilitada nos serviços de acompanhamento de gestante.

Ao lado disso, serão implementadas medidas que contemplem a segurança e a saúde nos ambientes de trabalho, destinadas a prevenir os acidentes e as doenças profissionais, tanto no setor urbano quanto no rural.

Promover-se-á, por outro lado, o acesso da população aos exames mais específicos para detecção de doenças genéticas que determinam deficiência, com destaque para o exame de cariótipo e pesquisa para outros erros inatos do metabolismo em geral, tais como: fenilcetonúria, hemoglobinopatias, hipertiroidismo congênito, entre outras.

Deverão ser também promovidos serviços de genética clínica para que se proceda a um adequado aconselhamento genético às famílias. Procedimentos de acompanhamento do desenvolvimento infantil nos seus aspectos motor, cognitivo e emocional deverão ser valorizados nos programas de saúde da criança como uma importante estratégia de prevenção de deficiências nesta população.

A articulação e a integração na implementação da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências serão, igualmente, iniciativas essenciais, principalmente mediante o estabelecimento de parcerias entre os vários setores e órgãos envolvidos, em todos os níveis de governo, com o objetivo de diminuir ao máximo o número de vítimas e, conseqüentemente, de seqüelas que determinam algum tipo de deficiência (BRASIL.Ministério da Saúde, 2008).

5.4 Odontologia para Pacientes Especiais como Especialidade Odontológica

A Especialidade Pacientes com Necessidades Especiais foi regulamentada na Odontologia pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) em 2001, sendo aprovada na Segunda Assembléia Nacional de Especialidades Odontológica. Essa regulamentação está na Resolução CFO 22/2001, seção XI, artigo 31 no qual visa delimita a deficiência, envolvendo distúrbios de comportamento e de personalidade, devendo ser proporcionado um atendimento odontológico integral e seguro.

De acordo com a Resolução nº.25/2002, Art.4º, do CFO são áreas de competência do especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais:

- a) prestar atenção odontológica aos pacientes com graves distúrbios de comportamento, emocionalmente perturbados;
- b) prestar atenção odontológica aos pacientes que apresentam condições incapacitantes, temporárias ou definitivas de nível ambulatorial, hospitalar ou domiciliar;
- c) aprofundar estudos e prestar atenção aos pacientes que apresentam problemas especiais de saúde com repercussão na boca e estruturas anexas.

O reconhecimento dessa área de atuação como especialidade foi um importante avanço na tentativa de aumentar de maneira significativa o número de profissionais habilitados para esse tipo de atendimento.

Inclusão de Pacientes com Deficiência nos Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs)

A partir do reconhecimento da especialidade observou-se políticas de incentivo a inclusão desse atendimento na rede pública. No passado a odontologia para pacientes especiais não tinha uma estrutura científica e era praticada como uma forma de caridade. Atualmente ela busca soluções para os problemas bucais dos pacientes com deficiências colaborando assim para com a resolução dos problemas. Para tanto o cirurgião dentista deve integrar-se à equipe de profissionais que cuidam de reabilitação de paciente (FOURNIOL, 1981). Observando que o paciente com deficiência não possui padrões normais de crescimento e desenvolvimento, a introdução de modificações na forma de atendimento odontológico é necessária aliada à necessidade de um profissional bem formado e capaz de desempenhar bem tal tarefa. Isso se reflete em promoção da sua inclusão no que se refere ao direito Constitucional que têm à saúde (MACHADO, 2007).

A inclusão das pessoas com deficiência significa dar-lhes possibilidades, respeitar suas necessidades e diferenças, propiciar acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e produtos decorrentes do avanço tecnológico, social, político e econômico. Considerando o percentual 10% da população, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta algum tipo de deficiência, no Brasil isso corresponde a cerca de 16 milhões de pessoas, que necessitam de cuidados especiais.(BRASIL.Ministério da Saúde, 2008).

A resolução CFO nº. 22/2002: Seção XI, Art.31, que reconheceu a odontologia para pacientes especial como uma especialidade (CFO,2005) impulsionou a inclusão dessa nova especialidade nos Centro de Especialidades Odontológicas (CEOS), proposto pelo governo federal em parceria com os municípios, por meio da Portaria nº. 599/GM de 23 de Março de 2006 .A atenção à saúde das pessoas com deficiência deverá reafirmar a importância do desenvolvimento de ações de forma descentralizada e participativa, conduzidas, em especial, segundo a diretriz do SUS relativa ao comando único em cada esfera de governo. Além disso, levará em conta que a rede de serviços de atenção à saúde desse segmento terá sempre interfaces com outras políticas públicas. (BRASIL, 2006b).

Dentre as ações previstas na política nacional de pessoas com deficiência o Ministério da Saúde elenca inúmeras ações a serem seguidas e implementadas com transcritos nos parágrafos que se seguem e que norteiam os convênios estabelecidos com outras esferas administrativas.

A atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência comportará a organização das ações e serviços em, pelo menos, três níveis de complexidade, interdependentes e complementares: atenção básica; atenção ambulatorial especializada; e atenção ambulatorial e hospitalar especializada (BRASIL.Ministério da Saúde, 2008).

No nível de atenção básica, os serviços deverão estar qualificados a desenvolver:

- ações de prevenção primária e secundária – como, por exemplo, controle da gestante de alto-risco, atenção à desnutrição –, detecção precoce de fatores de riscos – como controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo –, bem como o atendimento as intercorrências gerais de saúde da população portadora de deficiência;

- ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade de portador de deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para portadores de distúrbios de comunicação.

Nesse nível, a intervenção de caráter individual, familiar, grupal e comunitária deverá organizar-se de forma complementar ao nível secundário especializado. Serão continuamente fomentados programas de reabilitação em parceria com a comunidade, nos quais os serviços respectivos e as lideranças comunitárias trabalham juntos com o objetivo de resolver os problemas funcionais e a inclusão social dos portadores de deficiência. Tais medidas, definidas a partir das necessidades dos usuários, deverão ser devidamente articuladas, planejadas e implementadas de forma intersetorial e descentralizada. As ações, por sua vez, serão desenvolvidas por familiares ou agentes comunitários capacitados e supervisionados, com avaliação constante e sistematizada (BRASIL.Ministério da Saúde, 2008).

Já no nível de atenção secundária, os serviços deverão estar qualificados para atender às necessidades específicas das pessoas com deficiências advindas da incapacidade propriamente dita. Nesse nível, por conseguinte, será prestado o tratamento em reabilitação para os casos referendados, mediante atuação de profissional especializado para tal e utilização de tecnologia apropriada (tais como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, avaliação e acompanhamento do uso de órteses e próteses, entre outros).

Nesse nível, 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 possíveis 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. (BRASIL.Ministério da Saúde, 2008).

Será fundamental, nesse nível, o fornecimento de órteses, próteses, equipamentos auxiliares, bolsas de ostomia e demais itens de tecnologia assertiva necessária.

O nível terciário – ambulatorial e hospitalar – deverá estar qualificado para prestar atendimento aos casos de reabilitação cujo momento da instalação da incapacidade, o seu tipo e grau justifiquem uma intervenção mais freqüente e intensa, requerendo, portanto tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados. Será importante que os serviços nesse nível tenham caráter docente e assistencial, vinculado aos centros universitários ou formadores de recursos humanos. Nesse nível, ainda, promover-se-á a formulação, em conjunto com os demais níveis, de instrumentos de avaliação da eficiência e eficácia do processo reabilitativo, bem como dos de resultados e de impactos alcançados na região. (BRASIL.Ministério da Saúde, 2008).

Esses serviços estarão estruturados por especificidade da deficiência e contarão

igualmente com equipe multiprofissional e interdisciplinar, que considere a globalidade das necessidades dos usuários. Assim, além de fornecer o conjunto das ajudas técnicas

– tecnologia assertiva –, característica do nível secundário, deverá desenvolver atividades nos campos da pesquisa e da capacitação de recursos humanos, bem como dispor na sua estrutura de serviços de apoio, como aqueles inerentes, por exemplo, às áreas de neurologia, foniatria, ortopedia e traumatologia.

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 de forma a mais próxima possível, tanto do ponto de vista geográfico quanto social e cultural da comunidade, integrando-se efetivamente no contexto da municipalização da saúde. Na ausência de condições para tal, deverão ser feitos os encaminhamentos necessários, bem como o acompanhamento dos resultados alcançados. (BRASIL.Ministério da Saúde, 2008). Promover-se-á a disponibilidade de serviços de média complexidade, no nível regional, os quais poderão ser implantados por municípios de maior porte, por meio de consórcios intermunicipais ou, onde não for possível, por intermédio do Estado. A rede de serviços deverá garantir a detecção de todos os tipos e graus de deficiência, incluindo a atenção a pacientes com severo nível de dependência, bem como conjunto de suas necessidades no âmbito da saúde. Unidades assistenciais filantrópicas poderão integrar, de forma complementar, a rede de serviços

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. Essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando a sobrecarga de qualquer um dos serviços. O fato de ser assistido por um serviço de menor complexidade não implicará o não atendimento nos demais integrantes dos outros níveis.

A unidade básica constituirá, portanto, o local por excelência do atendimento à pessoa portadora de deficiência dada a sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante e, para isso, será necessário que esteja apta a oferecer atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades (BRASIL.Ministério da Saúde, 2008).

Será fundamental a articulação entre os gestores municipais visando a garantir o cumprimento da programação pactuada e integrada das ações voltadas às pessoas portadoras de deficiência. Nesse sentido, será igualmente estratégica a instalação de rede regionalizada, descentralizada e hierarquizada de serviços de reabilitação, que contemple ações de prevenção

secundária, diagnóstico etiológico, sindrômico e funcional; orientação prognóstica; ações básicas e complexas de reabilitação, além daquelas voltadas à inclusão social; e promova a inter-relação dos serviços existentes. As unidades de reabilitação funcionarão na conformidade das orientações estabelecidas nas Portarias SNAS n.os 303, 304, 305 e 306, editadas em 1993 (BRASIL.Ministério da Saúde, 2008).

Os estados e municípios definirão mecanismos de acompanhamento, controle, supervisão e avaliação de serviços de reabilitação, visando à garantia da qualidade do atendimento e a uma reabilitação integradora e global da pessoa portadora de deficiência.

Um aspecto essencial na organização e funcionamento dos serviços será o estabelecimento de parcerias com os diversos níveis de governo, bem assim com organizações não-governamentais que têm larga experiência no atendimento a esse segmento populacional.

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.Ministério da Saúde, 2008).

A atenção à pessoa portadora de deficiência envolve esforços de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, cujo objetivo final é a inclusão da pessoa portadora de deficiência a sua comunidade, habilitando-a ao trabalho e ao exercício da vida social, segundo as suas possibilidades.

Nesse sentido, caberá aos gestores do SUS, de acordo com as suas respectivas competências e de forma articulada, criar as condições e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito desta Política, qual seja: reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Essa forma de atuação significará compartilhar responsabilidades tanto no âmbito interno do setor Saúde, quanto no contexto de outros setores. (BRASIL.Ministério da Saúde, 2008).

5.5 Formação do cirurgião dentista com competência e habilidade para tratar pessoas com deficiência

O atendimento odontológico a pessoas com deficiência, historicamente, esteve vinculado à odontopediatria pela característica desses profissionais estarem habituados e receberem formação para o manejo com crianças que são seres em crescimento e desenvolvimento e por isso apresentam fragilidades do ponto de vista intelectual.

Investigar o tipo de formação recebida durante o curso de graduação em Odontologia é fundamental para o entendimento do porquê observa-se uma lacuna muito grande ainda nessa área.

Fenton em 1993 já afirmava que somente se as faculdades aceitarem o desafio em capacitar seus estudantes para trabalhar com pessoas com deficiências, estes terão tratamento garantido no futuro.

As Instituições de Ensino Superior, no exercício de sua autonomia, podem definir sua grade curricular, amparadas pela Lei 9394/96, artigo 53, inciso II (Brasil, 2006). Dessa forma observa-se que não é consenso a inclusão da disciplina para atendimento a pessoas com deficiência como obrigatória.

Com o objetivo de verificar a realidade brasileira a cerca desse assunto Fassina (2006) realizou um estudo enviando questionários a 175 faculdades de odontologia no Brasil em 2005 que continha perguntas relativas a disciplina de pacientes com necessidades especiais. Responderam 55(31,43%), das quais 31(56,36%) afirmaram ter o conteúdo de Pacientes com Necessidades Especial em seus programa para graduação. Do Universo de 31 faculdades foram encontradas 18 diferentes forma para a nomenclatura adotada na disciplina, sendo mais frequente, Pacientes Especiais (06) e Odontologia para Pacientes Especiais (05). Quanto à vinculação da disciplina, quando existia, em 22 (70,97%) apresentaram a modalidade obrigatória e 9 (29,03%) a modalidade optativa . O número de alunos em média que cursaram a disciplina foi de: quando obrigatória 46 alunos, quando optativa 22 alunos. O formato da disciplina na maioria das faculdades era semestral sendo que sua localização temporal na grade curricular apresentou maior concentração entre o oitavo e o décimo semestre. Os créditos atribuídos variaram entre 2,1 e 12 créditos (1 crédito =15 horas/aula). A disciplina era independente em 26 (83,87%) e atuaram conexas a outras disciplinas em 4 (12,9%) instituições. Todas as faculdades ministraram a disciplina em forma teórica/clínica com exceção de 2 (6,45%) que apresentaram o conteúdo de forma teórica. O número máximo de atendimento/clínico/ano foi de 2.500 e o mínimo é de 24, havendo algumas variáveis. O atendimento clínico era feito por duplas de alunos em 24 (82,76%) e individual em 3 (10,34%). Das 24 faculdades que não abordaram o conteúdo Pacientes com Necessidades Especiais 6 (25%) declararam existir serviço anexo para atendimento desses indivíduos. Quando da não existência de disciplina nem de serviços anexos à faculdade a maioria das instituições encaminhavam os pacientes para o Serviço Público.

Em 5 (9,09%) faculdades afirmaram possuir programas de extensão. Após grande reflexão, observou-se a necessidade de uma maior atenção das faculdades com a questão do ensino acerca Pacientes com Necessidades Especiais.

6 Discussão

Sendo o atendimento de pessoas com deficiências pouco realizado pelos profissionais da área de odontologia, este trabalho teve como objetivo avaliar a inclusão desses pacientes no atendimento odontológico. A metodologia empregada foi a revisão da literatura a respeito do assunto e utilizou como base de dados artigos científicos Scielo, Pubmed, Lilacs, Bireme, livros e a web.

Segundo o Ministério da Saúde, cerca de 10% da população apresentam algum tipo de deficiência, podendo ser causada por diversos fatores que vai desde o momento fecundação até a idade adulta.

A especialidade Pacientes com Necessidade Especiais foi aprovada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) em uma Assembléia realizada no ano de 2001, mesmo sendo aprovada, muitos cirurgiões dentistas ainda não atendem esses pacientes.

Alguns autores Kinne e Stifel (1979), Stiefel e Posnick (1983), Lee e Sonis (1983), Campbell e McCaslin (1983), Siegal (1985), Bedi, Chan e O'Donnell (1986), afirmaram que esta falta de atendimento pelos dentista pode estar ligada a falta de habilidade, informações necessárias, medo e até mesmo pela falta de formação durante o curso de graduação.

Em um estudo longitudinal realizado por Kinne e Stifel (1979) com 503 alunos da graduação de odontologia durante 4 anos, mostrou que em 6 classes diferentes a maioria do alunos se revelaram dispostos e capazes de atender pacientes com diversos comprometimentos.

Stiefel e Posnick (1983) pontuaram que as atitudes sobre as pessoas com deficiências são formadas precocemente, sendo reforçadas nas escolas, na rua, e até mesmo na sociedade em que vive, observando que a comunidade não está preparada para aceitar essas pessoas. A maioria dos estudantes do curso de odontologia recebe ênfase para o tratamento de pessoas normais, não sendo assim preparados para o atendimento de pessoas com deficiências, a menos que esse estudante seja exposto a uma situação que necessite atender esse paciente. Isso poderá levá-lo à insegurança, caso não tenha recebido formação durante a sua graduação para o tal atividade.

Concordando com esse raciocínio Lee e Sonis (1983) relataram que muitos dos cirurgiões dentistas se recusam a atender pacientes com necessidades especiais devido à falta de treinamento, preparação, experiência, entendimento, medo e até mesmo uma inabilidade de estabelecer vínculo com os mesmos.

Campbell e McCaslin (1983) demonstraram que o programa de educação especial para os alunos da graduação tem mostrado que quando bem organizado podem aumentar a disponibilidade de dentistas para o atendimento de pacientes especiais.

Siegal (1985) declarou que alguns dos obstáculos para o não acesso desses pacientes ao tratamento são as barreiras arquitetônicas, a relutância por parte desses profissionais, o custo e o transporte.

Bedi, Chan e O'Donnell (1986) apontaram que os currículos do curso de odontologia contém pouco conteúdo sobre os problemas e tratamento de pacientes com necessidades especiais.

Outras barreira encontrada por eles se diz respeito as condições financeira, muito desses deles possuem uma renda mensal muito baixa, impossibilitando-os de muitas vezes frequentar um consultório particular, tendo assim que procurar um serviço publico de saúde, mesmo as pessoas com necessidades especiais possuindo direito a saúde como qualquer outro cidadão, assegurados na Constituição de 1988, no artigo 23, capítulo II, no qual diz que é “competência comum a União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da garantia e proteção da pessoa com necessidade especiais”(BRASIL, 1988), segundo afirmação do próprio Ministério da Saúde cerca de 98% dessas pessoas não possui acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1993).

De acordo com Franco (2006) e Celeste et al. (2004), a dificuldade ao acesso às informações e às ações preventivas são as principais causas de insucesso no tratamento odontológico, tornando a abordagem do cirurgião-dentista mais curativa do que preventiva. Diante disso é que o Ministério da Saúde por meio da Política Nacional da Pessoa com Deficiência tem como perspectiva criar ambientes favoráveis, garantir acesso à informação e aos bens e serviços sociais, bem como promover habilidades individuais que favoreçam o desenvolvimento das potencialidades destas pessoas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A assistência à saúde da pessoa com deficiência, inclui a assistência em reabilitação, e esta 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 organizações não-governamentais até os Centros de Referência em Reabilitação, responsáveis pelas ações de maior nível de complexidade (VARELLIS, 2005; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Sendo assim, a atenção integral à saúde dessa comunidade inclui a saúde bucal e a assistência odontológica, acompanhada de procedimentos anestésicos e outros, em casos específicos. O

atendimento deverá ser em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando a natureza da seqüela necessitar (PERES, SILVA, 2005; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Pelo exposto fica evidente a complexidade do assunto que para sua resolução requer esforços de todas as esferas governamentais dos Ministérios da Saúde e Educação, dos Conselhos de Classe, dos poderes públicos estaduais e municipais, dos cursos de graduação em Odontologia para que os direitos básicos à saúde sejam cumpridos.

7 Conclusão

A partir da análise dos dados publicados verificou-se que a inclusão do paciente com deficiência nos serviços de odontologia, embora com ganhos significativos, ao longo do tempo ainda é insuficiente para o atendimento satisfatório dessa população. A inclusão desse assunto como obrigatório nas estruturas curriculares dos cursos de Odontologia seriam de fundamental importância para a formação do profissional com perfil para esse tipo de atendimento.

REFERÊNCIAS

- BEDI R, Chant SC, O'Donnell D. Evaluation of attitudes of Chinese dental students toward dental care for patients with handicapping condition. *Spec Care Dentist* 1986;6:29-32.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, p.292, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde**. Brasília, p.48, 1993
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2. ed. Brasília, p.5-12, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 17**. Brasília, p.9-84, 2006b
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- Campbell JT, MCCaslin FC. Evaluation of a dental training program for care of the handicapped. *Spec Car Dentist* 1983;3:100-7.
- CELESTE, R. K. et al., **Atendimento a pacientes especiais: uma prática de inclusão social**, 2004. Universidade Luterana do Brasil. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/Icbeu_anais/anais/saude/pacientesespeciais.pdf>.
- Acesso em 24/11/11
- CFO (Conselho Federal de Odontologia). **Especialistas em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais**, 2007. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/busca_dados/profissionais/prof_esp.asp>. acesso em 24/11/11
- CFO (Conselho Federal de Odontologia). **Resolução 22/2001 de 27 de janeiro de 2001. Normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização**. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>. acesso em 24/11/11
- CFO (Conselho Federal de Odontologia). **Resolução 25/2002 de 16 de maio de 2002. Estabelece as áreas e competência para atuação dos especialistas em disfunção temporomandibular e dor orofacial; odontogeriatria; odontologia do trabalho; odontologia para pacientes com necessidades especiais e ortopedia funcional dos maxilares e dá outras**

providências. Disponível em:<<http://www.cfo.org.br>>.acesso em 24/11/11

Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; p-39-46; 1994

FASSINA,A.P. **Análise das Disciplinas de Pacientes Portadores de Necessidades Especiais nas Faculdade no Brasil em 2005**, 2005.Trabalho de Conclusão de Curso(TCC).Faculdade de Odontologia da Faculdade de São Paulo, São Paulo-SP,2005.

FENTON, SJ. Universal access: Are we ready? Spec Care Dentist, 1993:13-94.

FERNANDES,I.M.D.S. **Acolhimento a portadores de necessidades especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas do município de João Pessoa – PB**,2009.Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Universidade Federal da Paraíba,João Pessoa-Paraiba,2007

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

FRANCO, F. Terminologia Pacientes Especiais, 2006. **ABC da Saúde**. Disponível em: <www.abcdasaude.com.br/artigo.php?3005>. Acesso em: 24/11/2011

Kinne RD,Stiefel DJ.Assessment of students attitudes and confidence in a program of dental education in care of disable. J Dent Educ 1979;43:271-5.

Lee MM,Sonis AL.An instrument to assess dental students’ attitudes toward de handicapped.Spec Care Dentist 1983;3:117 -23.

MACHADO, F. C. **Análise do perfil dos cirurgiões dentistas que prestam serviço ao portador de necessidades especiais no município de João Pessoa – Paraíba**, 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – Paraíba,2007

PERES, A. S.; PERES, S. H. C.; SILVA, R. H. A. Atendimento a pacientes especiais: reflexão sobre os aspectos éticos e legais. Rev. Fac. Odontol. Lins. Piracicaba,v.17, n.1, p.49-53, 2005

SASSAKI, RK. Vida Independente: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR, 2003, p. 12-16.

Siegal MD.Dentists’ reported willingness to treat disabled patient. Spec Care Dentist 1985;5:102.

VARELLIS, M.L.Z. **O paciente com necessidades especiais na odontologia** Manual prático. 1 ed. São Paulo: Santos, p. 511, 2005.