



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Oliveira Santos, Branca Maria de; Nascimento de Aquino, Diolinda Julia; Rodrigues Fernandes, Daniela

Perfil epidemiológico dos portadores de necessidades especiais atendidos em uma clínica odontológica

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 21, núm. 2, 2008, pp. 83-91

Universidade de Fortaleza

Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40811362002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Epidemiological profile of people with special needs assisted at a dental clinic

Artigo original

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico dos 35 Portadores de Necessidades Especiais (PNE) atendidos em uma clínica odontológica. **Métodos:** Este é um estudo descritivo, qualitativo; documental e observacional, cujos dados foram coletados nos prontuários e complementados junto aos cuidadores que acompanhavam o PNE. As variáveis estudadas para delineamento do perfil epidemiológico foram: idade, sexo, estado civil, procedência, diagnóstico, realização de atividade não remunerada, assistência odontológica e caracterização dos cuidadores. **Resultados:** Dos 35 PNE, 19 (54,3%) eram do sexo feminino; as idades variaram entre um e 45 anos, concentrando-se nas faixas entre 1 a 15 anos (57,1%). A idade, em média fica em 16 anos, com desvio padrão de 10 anos. Todos eram solteiros, 24 (68,6%) eram procedentes de cidades ligadas à IX DIR (Direção Regional de Saúde) de Barretos e 11 (31,4%) de cidades não ligadas à DIR do município. Todos possuíam diagnóstico de deficiência mental, dos quais 31,4% de diagnóstico exclusivo dessa deficiência e os demais de deficiência mental associado a outro distúrbio. Nenhum desenvolvia qualquer tipo de atividade remunerada, demonstrando uma clientela dependente economicamente da família. No período da pesquisa, 15 (42,8%) portadores estavam recebendo assistência odontológica pela primeira vez. Os que já haviam recebido assistência anterior, esta havia sido oferecida pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais ou por clínicas ligadas a Faculdades de Odontologia. Os cuidadores eram exclusivamente do sexo feminino, com grau de parentesco próximo (mãe, irmã, tia). **Conclusões:** O estudo revela as características pessoais da clientela atendida, que enfrenta desafios de ordem econômica e social, e ressalta a contribuição que a instituição e os futuros profissionais podem oferecer aos PNE na promoção de sua saúde bucal.

Descritores: Assistência Odontológica para Pessoas Portadoras de Deficiências; Odontologia; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological profile of 35 special needs patients (SNP) assisted at a dental clinic. **Methods:** A descriptive and qualitative study, part documental, part observational, which data were obtained from dental reports and complemented by information from the caregivers accompanying the SNP. The studied variables for delineating the epidemiological profile were: age, sex, marital status, and origin; diagnosis, performance of non-paid activity, dental assistance and characterization of the caregivers. **Results:** Among the 35 SNP, 19 (54.3%) were females; aged between 1 and 45 years (mean 16 ± 10 years), mainly in the 1-15 age group (57.1%). All of them were single, 24 (68.6%) were from cities related to the 9th DIR (Health Regional Department) of Barretos and 11 (31.4%) from cities not related to the city DIR. All of them received a mental deficiency diagnosis, from which 31.4% had only this deficiency diagnosis and the others had diagnosis of mental deficiency associated with another disorder. None performed any kind of paid activity, showing to be family-economically dependent people. In the research period, 15 (42.8%) patients were receiving dental assistance for the first time. Those who had already received previous assistance were cared by the Association of Parents and Friends of People with Disabilities (APAE) or clinics related to Dentistry Schools. The caregivers were exclusively females and closely related to them (mother, sister, aunt). **Conclusion:** The study reveals the personal characteristics of the assisted people, who face economical and social challenges, and points out the contribution that the institution and future professionals can offer to the SNP in promoting their dental health care.

Descriptors: Dental Care for Disabled; Dentistry; Epidemiology.

Branca Maria de Oliveira Santos⁽¹⁾
Diolinda Julia Nascimento de Aquino⁽²⁾
Daniela Rodrigues Fernandes⁽¹⁾

1) Universidade de Franca (UNIFRAN) – SP

2) Faculdades Unificadas da Fundação Educacional de Barretos (UNIFEB) – SP

Recebido em: 11/01/2008
Revisado em: 14/04/2008
Aceito em: 05/05/2008

INTRODUÇÃO

O Portador de Necessidades Especiais (PNE) tem sido considerado como todo indivíduo com alteração física, orgânica, mental ou social, simples ou complexa, aguda ou crônica, que necessita de educação especial e instruções suplementares temporárias ou definitivas, em função de sua situação de saúde^(1,2).

Nesse grupo estão incluídos os portadores de doenças metabólicas como o diabetes; alterações dos sistemas, como a hipertensão arterial; condições transitórias, como a gravidez; pessoas que perderam sua condição de normalidade, como as vítimas de acidentes, idosos, deficientes mentais, dentre outros⁽³⁾.

Essa terminologia vem substituindo os termos “portadores de deficiência” e “excepcionais” e já está formulada em comum acordo entre as associações de diversos países, inclusive a IADH (*International Association of Dentistry for Handicapped*). O objetivo dessa substituição é o de tentar desmistificar que o PNE é sinônimo de incapacidade de participação e integração na comunidade, alertar para a importância de a sociedade respeitar suas limitações e atentar para o fato de que, apesar de apresentar necessidades especiais diferenciadas, é capaz de oferecer sua parcela de contribuição à sociedade como um todo⁽¹⁾.

A sociedade frequentemente tem definido a deficiência como incapacidade, algo indesejado e com limitações geralmente maiores do que as que realmente existem, acarretando para a pessoa consequências dessa ideologia através de estigmatizações, segregações e atitudes errôneas, como a de que a pessoa não tem interesse ou habilidade para integrar-se a sociedade⁽⁴⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 10% da população de qualquer país seja constituída de pessoas com algum tipo de deficiência, taxa que tem sido reconhecida mundialmente como o melhor referencial para a implementação de políticas públicas para a equiparação de oportunidades a essas pessoas⁽⁵⁾. Desse total de deficientes, mais de dois terços não recebem nenhum tipo de assistência bucal^(6,7).

Em 2000, pelo Projeto de Lei nº. 3638-A, de 9 de outubro⁽⁸⁾, foi instituído o Estatuto do Portador de Necessidades Especiais que resgata a evolução política em relação ao tema e que se caracteriza como uma inovação resultante do vetor de inserção social como direito de cidadania, diferentemente de uma postura assistencialista e discriminatória. O referido projeto vem propor o desenvolvimento de ações que assegurem a plena inclusão das pessoas com deficiência no contexto socioeconômico

e cultural. Na saúde garante tratamento e reabilitação dessas pessoas na rede pública, bem como a realização de programas preventivos.

Na Odontologia, por ser uma especialidade nova, poucos serviços, até recentemente, aceitavam os PNE 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^(5,9). A atual Política Nacional de Saúde prevê, no entanto, a atenção à saúde bucal de indivíduos PNE nos Centros de Especialidades Odontológicas, com a garantia de maior acesso ao tratamento odontológico a esse grupo populacional⁽¹⁰⁾.

O Conselho Federal de Odontologia, por meio da Resolução 22/2001, artigo 31⁽¹¹⁾, passou a normatizar a odontologia para esses pacientes como a especialidade que tem por objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal das pessoas que apresentam uma complexidade no seu sistema biológico e/ou psicológico e/ou social, bem como a percepção da necessidade de atuação dentro de uma estrutura transdisciplinar com outros profissionais de saúde e de áreas correlatas com o paciente.

As áreas de competência do especialista em odontologia para pacientes com necessidades especiais, preconizadas pela Resolução 25/2002⁽¹²⁾ estabelecem: 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.

A relação entre o profissional e o PNE 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⁽⁹⁾. Essa tomada de consciência tem desencadeado uma mobilização em prol do reconhecimento e valorização das potencialidades dos PNE, inclusive através da instituição de leis que garantam educação, trabalho, saúde e lazer, ressaltando as vantagens do trabalho interdisciplinar, além de movimentos para a promoção de vida independente e equiparação de oportunidades⁽¹³⁾.

Apesar dessas diretrizes e mobilizações, os PNE ainda vêm enfrentando uma série de dificuldades e barreiras que vão desde a falta de profissionais com formação para o atendimento de suas necessidades, estigma profissional, severidade da deficiência, dificuldade de locomoção para acesso aos serviços, falta de infra-estrutura dos consultórios, até a forma de financiamento da assistência à saúde, dentre outros^(14,15). Tanto no Brasil como no mundo, o avanço tem sido discreto e muito pouco tem cabido ao Estado no que se refere aos programas de auxílio e investimento que promovam o bem estar bio-psico-social dessas pessoas. Esse papel tem sido assumido, na maioria das vezes, pela família, por instituições filantrópicas ou por Organizações Não Governamentais⁽¹⁶⁾.

Diante dessas considerações é que se realizou este estudo, com o objetivo de descrever o perfil epidemiológico dos PNE atendidos em uma clínica odontológica.

MÉTODOS

Esse estudo descritivo, qualitativo, retrospectivo; documental e observacional foi realizada na Clínica de Odontologia das Faculdades Unificadas da Fundação Educacional de Barretos, que serve de campo de ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade e oferece atendimento diário e gratuito em diferentes especialidades odontológicas, com uma demanda de aproximadamente 2000 pacientes/mês. Para os PNE o atendimento é oferecido semanalmente, em dia e horário especiais, sempre após o término do atendimento usual da clínica.

Fizeram parte do estudo todos os 35 PNE, crianças e adultos, independente do sexo, em assistência há pelo menos um mês, no período de agosto de 2004 a dezembro de 2005.

Os dados foram registrados em um protocolo que contemplava os seguintes aspectos: nome, idade, sexo, estado civil, procedência, ocupação, tipo de deficiência, assistência odontológica anterior e atual do PNE; bem como a idade, o sexo e grau de parentesco do cuidador que o acompanhava durante a assistência. Obtiveram-se estes dados dos prontuários, conforme registro dos profissionais responsáveis pela assistência, e complementados, caso necessário, junto ao cuidador que acompanhava o PNE no dia da coleta, após esclarecimento sobre o estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁷⁾. O projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca, recebeu parecer favorável, sob o nº 206/05.

A análise dos dados ocorreu por meio da estatística descritiva⁽¹⁸⁾.

RESULTADOS

Do total de 35 PNE atendidos na clínica no período do estudo, observou-se que 20 (57,1%) concentraram-se nas faixas de 1 a 15 anos, com pouca variação entre elas. Dos 15 pacientes com idade entre 16 e 45 anos (42,9%), apenas 2 (13,3%) situaram-se na faixa extrema de 36 a 45 anos. A média de idade ficou em 16 ± 10 anos. (Figura 1)

Todos os PNE eram solteiros, sendo 19 (54,3%) do sexo feminino. Quanto à procedência: 24 (68,6%) pertenciam a IX Direção Regional de Saúde (DIR) de Barretos, provenientes de quatro cidades - Barretos, Viradouro, Severina e Taiuva) e 11 (31,4%) vieram de duas cidades (Guará e Sales de Oliveira) ligadas à XIII DIR de Franca.

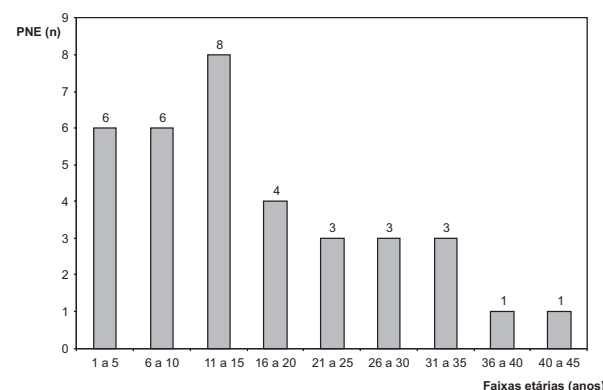


Figura 1 - Distribuição da amostra de Portadores de Necessidades Especiais estudada segundo a faixa etária. (local e ano)

Apesar de o levantamento ter incluído indivíduos com até 45 anos de idade, passíveis de se ocuparem com algum tipo de atividade, nenhum deles desenvolvia algum trabalho formal que pudesse ser caracterizado como ocupação, demonstrando uma clientela dependente de alguém ou de algum tipo de recurso financeiro. Nesse sentido, 15 (42,9%) dos PNE não recebiam nenhuma ajuda financeira, 7 (37,1%) recebiam algum tipo de benefício mensal e 13 (20,0%) recebiam aposentadoria.

A definição dos tipos de deficiência dos PNE foi obtida a partir das anotações dos profissionais nos prontuários dos pacientes, e agrupadas de modo a facilitar a análise, conforme tabela I. Deve-se ter em mente que qualquer classificação corresponde sempre à separação em grupos distintos e o objetivo é ser preciso dentro das possibilidades, com o intuito de facilitar o estudo, de forma puramente didática⁽⁹⁾.

Tabela I - Distribuição dos Portadores de Necessidades Especiais por tipo de deficiência

Tipo de deficiência	Nº	%
Exclusivamente Deficientes Mentais	11	31,4
Deficiência Mental com Distúrbios Neuromotor	12	34,3
Deficiência Mental com Alterações Genéticas	8	22,8
Deficiência Mental com Deficiência Física	3	8,6
Deficiência Mental com Deficiência Sensorial	1	2,9
Total	35	100,0

Pelos dados da tabela observa-se que todos apresentavam diagnóstico de deficiência mental, dos quais 11 (31,4%) com diagnóstico exclusivo dessa deficiência, 12 (34,3%) de deficiência mental associada a distúrbio neuromotor, 8 (22,8%) de deficiência mental e alterações genéticas, 3 (8,6%) de deficiência mental associada à física e 1 (2,9%) associada à deficiência sensorial.

No grupo de PNE com distúrbio neuromotor foram incluídos aqueles com diagnóstico registrado de paralisia cerebral, e no grupo de alterações genéticas, os portadores de Síndrome de Down e Síndrome de Angelman. No grupo de deficiência física foram considerados os casos de Distrofia Miotômica de Steinert, Coréia de Huntington e Mielomeningocele.

As informações acerca do tratamento odontológico oferecido aos PNE demonstraram que 15 (42,8%) nunca haviam realizado nenhum tipo de intervenção odontológica até o momento. Os 20 (57,2%) que já haviam sido submetidos a algum tipo de assistência referiram que o tempo variou de menos de um a até mais de quatro anos.

As instituições que ofereceram assistência odontológica aos PNE, antes do levantamento, na sua maioria (65,0%), foram representadas pelas Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) da própria cidade de Barretos e de cidades circunvizinhas. Seguiram-se os atendimentos realizados por clínicas ligadas às Faculdades de Odontologia (25,0%). As demais instituições foram representadas pela Associação Mutuária de Assistência Social (AMAS) e por uma Unidade Básica de Saúde (UBS). (Tabela II)

Tabela II – Distribuição dos Portadores de Necessidades especiais segundo os locais de atendimento odontológico oferecido.

LOCAIS	CIDADE	Nº
AMAS ¹	Barretos	1
APAE ²	Barretos	9
APAE ³	São José dos Campos	1
APAE ⁴	Sales de Oliveira	2
APAE ⁵	Viradouro	1
UBS ⁶	Viradouro	1
UNAERP ⁷	Ribeirão Preto	1
USP ⁸	Ribeirão Preto	2
UNESP ⁹	Araçatuba	1
UNESP ¹⁰	Araraquara	1

1. Associação Mutuária de Assistência Social; 2. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Barretos; 3. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São José dos Campos; 4. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Sales de Oliveira; 5. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Viradouro; 6. Unidade Básica de Saúde de Viradouro; 7. Universidade de Ribeirão Preto; 8. Universidade de São Paulo; 9. Universidade Estadual Paulista de Araçatuba; 10. Universidade Estadual Paulista de Araraquara.

Em relação às características dos cuidadores, pode-se perceber pela figura 2 que os mesmos encontravam-se nas faixas etárias de 15 a 70 anos, dos quais 22 (62,9%) entre 15 e 45 anos, e os demais, 13 (37,1%), entre 46 a 70 anos. Apenas um (2,9%) era do sexo masculino, demonstrando a predominância de cuidadores do sexo feminino.

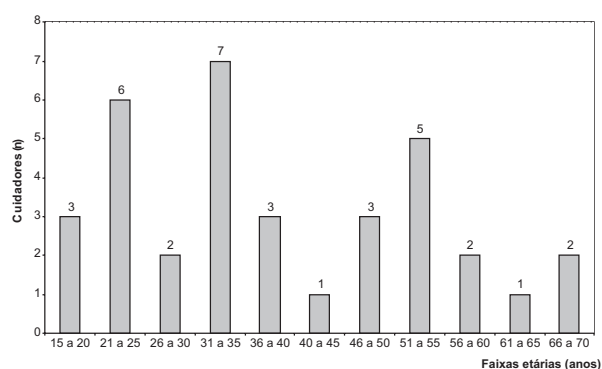


Figura 2 – Distribuição dos cuidadores dos Portadores de Necessidades Especiais por faixa etária

Quanto ao grau de parentesco ou convívio dos cuidadores dos PNE, observou-se que 91,4% dos portadores eram cuidados por pessoas de seu convívio mais próximo, pertencentes ao seu núcleo familiar, aqui considerado como relacionamento de primeiro grau, isto é: pai, mãe, filho/a, irmão/a, esposa ou marido; com destaque à mãe 28(80,0%), seguida por irmão ou irmã 4(11,4%). Os cuidadores com relacionamento de segundo grau, parentes com convívio mais distante, como tio/a, neto/a, genro, nora, sobrinho/a, cunhado/a; foram responsáveis por 2 (5,8%) dos cuidadores e de terceiro grau, de fora do convívio familiar (amigo/a, vizinho/a, namorado/a), representou 1 (2,8%) caso.

DISCUSSÃO

O levantamento realizado pela *Rehabilitation International*, em 1969, rede mundial sobre a qualidade de vida das pessoas com deficiência, notificava que uma pessoa a cada 10 possuía algum tipo de deficiência. Projetando sempre essa proporção (10%), foi previsto que em 1980 haveria no mundo cerca de 500 milhões de pessoas com deficiência⁽¹⁹⁾. Essa proporção foi confirmada e publicada pela OMS, em seu sexto relatório sobre a situação da saúde no mundo, período de 1973 a 1977, prevendo para o ano 2000, dentro da estimativa de seis bilhões de pessoas, que cerca de 600 milhões teriam algum tipo de deficiência. Tal previsão ainda alertava para a necessidade de adoção de medidas preventivas com vistas a evitar que se chegasse a tal percentual⁽²⁰⁾.

No Brasil, pelos dados da OMS e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – Censo de 2000, havia 14,5% de pessoas com deficiência (24,5 milhões), do total de 174 milhões de habitantes. Os dados foram apresentados por tipo de deficiência (visual – 16.644.842; motora – 7.939.784; auditiva – 5.735.099; mental – 2.844.936; física – 1.416.060), ressaltando que o número de deficiências (34.580.721) é maior do que o de PNE (24.600.256) uma vez que as pessoas incluídas em mais de um tipo de deficiência foram contadas apenas uma vez⁽⁸⁾.

Em relação à procedência dos PNE no presente estudo, verificou-se que poucas cidades pertencentes às duas DIR utilizavam o serviço especializado oferecido pela clínica, talvez por desconhecimento da população. É interessante notar, ainda, que os PNE de um dos municípios pertencentes à DIR XIII (Franca), que possui uma Faculdade de Odontologia e que também conta com uma clínica odontológica que presta esse tipo de assistência à população, utilizam o recurso oferecido por Barretos, pertencente à DIR IX, apesar da distância entre as cidades.

Apesar de os dados do presente estudo serem restritos a uma parcela de PNE e terem demonstrado uma clientela jovem, passível de se ocupar com algum tipo de atividade,

nenhum PNE estudado tinha compromisso com qualquer tipo de trabalho formal, caracterizando uma dependência de alguém ou de algum tipo de recurso financeiro. Esse dado leva à reflexão sobre a importância de políticas públicas que de fato promovam a inserção dessas pessoas no mercado de trabalho. Nesse sentido, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, constitui-se num dos primeiros passos nesta direção, assegurando a toda pessoa o direito ao trabalho e à remuneração que lhe assegure uma existência de acordo com a dignidade humana.

Desde 1955, a Organização Internacional do Trabalho – OIT já referendava sobre a adaptação e readaptação profissional da pessoa com deficiência e, a partir de 1981, Ano Internacional da Pessoa Portadora de Deficiência, ocorreu a ampliação das discussões sobre o tema em níveis nacional e internacional. Em 1983, na Convenção nº 159 da OIT, sobre a Política de Reabilitação Profissional e de Emprego da pessoa com deficiência, ficou estabelecida a plena participação e igualdade dessa parcela da população na vida social e no mercado de trabalho.

Ao elaborar sua nova Constituição Federal, o Brasil, em 1988, assumiu o compromisso com o princípio que proclama a educação como direito de todos e dever do Estado e da família, bem como condena a discriminação do trabalhador portador de deficiência. Já em 1989, através da Lei 7853⁽²¹⁾, é criada a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE que, dentre outros, dispõe sobre o apoio governamental à formação e orientação profissional e sobre a garantia de acesso aos serviços concernentes, inclusive aos cursos regulares voltados à formação profissional da pessoa com deficiência.

Pela legislação trabalhista, Lei 8.213, de 24 de julho de 1991⁽²²⁾, ficou estabelecida a obrigatoriedade das empresas destinarem um percentual de vagas às pessoas com deficiência, de acordo com o número de empregados do quadro funcional.

Vale ainda ressaltar a Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993⁽²³⁾, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que tem como um dos objetivos a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária. Tal lei prevê a garantia de um salário mínimo de benefício mensal ao portador que comprovar não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família. Para efeitos de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho, em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênita ou adquirida, sendo considerada incapaz de prover a sua manutenção a família cuja renda mensal *per capita* seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

Mesmo diante da legislação existente, a análise da situação atual em que se encontram os serviços e os recursos sociais existentes para o atendimento de PNE, demonstra uma desarticulação entre as ações governamentais, da comunidade científica e da sociedade civil, que muitas vezes superpostas, apresentam programas paralelos, o que tem ocasionado a utilização pouco produtiva de recursos humanos e financeiros. Observa-se também uma carência de orientações específicas com referência à implementação de políticas públicas municipais na educação e na saúde⁽²⁴⁾.

Ainda que a saúde física e a reabilitação dos PNE recebam cobertura de serviços e programas desenvolvidos pela medicina para este fim, o mesmo não acontece em relação à saúde e reabilitação bucal que exige manobras, conceitos, equipamentos e pessoal auxiliar diferenciados, com capacidade para atender em consultório as suas necessidades, e que escapem dos benefícios e padrões rotineiros oferecidos para a saúde da população⁽⁶⁾.

Assim, os processos de exclusão são culturais, acumulados, se desenvolvem e se reproduzem através do tempo, por meio de formas que se entrelaçam no tecido social e se movimentam através de instituições, regulamentos, saberes, técnicas e dispositivos que se instalam na cultura⁽²⁵⁾. Sem informação e sem recursos financeiros, envolvidos num contexto onde a principal luta é a sobrevivência, os PNE ficam esquecidos num canto tanto pela família, como pela comunidade e autoridades, permanecendo assim marginalizados do convívio social, sem cidadania e sem dignidade⁽²⁶⁾.

O fato de a clientela do presente estudo ter sido representada, em sua totalidade, por portadores de deficiência mental, desencadeia algumas considerações a respeito dos problemas odontológicos enfrentados pelos mesmos, comprometendo seriamente a sua saúde bucal e levando à perda dos dentes. O portador dessa deficiência pode também não possuir habilidades para promover uma higiene oral satisfatória e muitas vezes não permite que outros a executem ou a realizem de maneira adequada. Muitos dos que apresentam auto-suficiência e independência em relação à escovação ainda podem ter a higiene oral negligenciada pelos cuidadores⁽²⁷⁾.

Além disso, os familiares podem agravar a situação oferecendo alimentos açucarados, pastosos, fazendo uso de mamadeira por tempo maior que o recomendado e de medicamentos contendo sacarose na sua composição ou que possam provocar xerostomia. Esses hábitos podem acarretar a necessidade de um número maior de sessões, com maior tempo de atendimento e muita dedicação, segurança e habilidade do profissional⁽²⁸⁾.

Para o sucesso do tratamento odontológico do PNE torna-se necessário uma criteriosa anamnese e abordagem pelo profissional, que servirão de caminho para se formar

um vínculo entre eles e para uma atuação profissional com o mínimo de risco durante o atendimento, permitindo ser realizada em consultório comum, sem precisar recorrer a atendimento hospitalar sob anestesia geral^(6,29,30). Quanto mais comprometido o grau de consciência do paciente, maior será a exigência para o profissional em dedicação, paciência, criatividade e capacidade de comunicação para que o tratamento possa ser bem conduzido^(29,31).

Nesse sentido, o conceito e a classificação de PNE constituem um “surpreendente” problema para os profissionais da odontologia, gerando insegurança e confusão quando da necessidade de identificação dos mesmos, além da falta de oportunidade e descrédito desses profissionais em sua indispensável participação na equipe multiprofissional. Não se poder deixar de considerar, também, que alguns indivíduos que necessitam de cuidados ou educação especial para o resto da vida (como o diabético, hemofílicos, cardíacos etc.) não aceitam ser chamados de PNE ou ser atendidos num centro de atendimento especial. Por sua vez, a sociedade parece distorcer a visão de PNE, uma vez que, na grande maioria, considera, como sendo, apenas os portadores de deficiência mental, física, neurológica, de problemas de origem congênita e genética, cujas alterações são mais visíveis e perceptíveis⁽³²⁾.

Foi observado no atual estudo que o fato de 42,8% dos PNE nunca terem sido submetidos a algum tipo de intervenção odontológica, e este dado levantou alguns questionamentos: *não o fizeram por falta de conhecimento da instituição que oferece esse tipo de assistência, por falta de condição de assumir os gastos, por limitações impostas pelas clínicas ou por limitações relacionadas ao próprio PNE?*

Até mesmo para os que já haviam passado por atendimento especializado foram levantadas algumas dúvidas: *Como conseguiram o atendimento? Foi difícil conseguir vaga para o mesmo? O atendimento foi realizado apenas na clínica odontológica do estudo ou também em outra clínica, especializada ou não?*

Em resposta a esses questionamentos pode-se observar a grande participação das APAE da própria cidade de Barretos e de cidades circunvizinhas e de clínicas ligadas às Faculdades de Odontologia, que, por suas próprias características, possuem atendimento especializado para os PNE. Segundo a Federação Nacional das APAE⁽³³⁾, 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, terrivelmente 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.

As clínicas odontológicas, anexas às Faculdades de Odontologia, têm um importante papel social no sentido de oferecer à população atendimento preventivo e curativo, de forma a atender à tríade ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade. Diretrizes curriculares dos cursos de graduação têm recomendado a introdução do conteúdo para formação do profissional para atender os PNE e algumas faculdades têm desenvolvido projetos de extensão à comunidade, como forma de inserção dessa área de conhecimento na formação do futuro profissional.

Em relação à AMAS de Barretos e a UBS de Viradouro, vale considerar que é de conhecimento que não oferecem atendimento especializado para o PNE nem possuem pessoal especializado. Essas situações também levantaram questionamentos acerca do tratamento oferecido pelas referidas instituições: *Como foi conduzido o tratamento? Foi concluído? Foi feito algum tipo de encaminhamento?*

A partir do entendimento de que os cuidadores são entendidos como todo indivíduo que presta assistência ou apoio aos PNE nas diferentes atividades de sua vida diária, acompanhando-os no atendimento agendado e realizando as mediações entre o conhecimento do especialista e o saber da prática cotidiana, podendo ser um familiar, amigo, vizinho, membro da igreja, ou mesmo um profissional terceirizado que recebe remuneração para tanto, confirmou-se pelo estudo que o “cuidar” ainda está sob a responsabilidade de algum membro familiar, representado, na sua grande maioria, pela figura feminina.

Historicamente, os papéis do homem e da mulher têm sido definidos e organizados culturalmente. É usual afirmar que cuidar da casa, dos filhos, dos idosos ou das pessoas com necessidades especiais é função da mulher, porque ela é destinada, por natureza, para a vida doméstica, para ser mãe e cuidar da família, sendo-lhe atribuídas, assim, funções vistas pelo senso comum como funções femininas. O cuidar do outro se configura como mais uma das tarefas “naturais” da mulher e não como uma construção histórico-social, dando-se, essencialmente, no seio familiar⁽³⁴⁾.

Os cuidadores ainda continuam sendo representados freqüentemente pelas mulheres, com idade entre 25 e 40 anos que, além do cuidar como tarefa doméstica, também exercem ocupações trabalhistas de baixa qualificação⁽³⁵⁾.

Corroborando com os resultados do estudo, alguns autores^(34,36) consideram que na realidade brasileira a atividade de cuidador é, basicamente, desenvolvida no espaço doméstico, onde transcorre parte significativa da vida, no qual há conhecimento e memória de fatos e relações íntimas e importantes. Chamam a atenção ainda para o fato de que, ao contrário dos países desenvolvidos, onde os cuidadores domiciliares são pessoas recrutadas e treinadas por instituições oficiais, normatizadas e reguladas

por políticas públicas, inscritas por meio de uma rede de serviços públicos voltados para o suporte domiciliar, no Brasil, os voluntários da comunidade são vinculados à esfera privada e são representados pelos familiares, amigos e vizinhos que aparecem para ajudar nos momentos críticos, não tendo visibilidade pública nem social.

CONCLUSÕES

A apresentação dos resultados obtidos no estudo, acerca da descrição do perfil epidemiológico dos PNE atendidos na referida clínica odontológica, levantou algumas reflexões sobre a situação dessa parcela da população que, apesar dos avanços e das mobilizações em prol do reconhecimento de suas potencialidades e necessidades, ainda vem enfrentando grandes dificuldades, principalmente no atendimento de suas necessidades de saúde bucal.

Ainda que os resultados representem uma pequena parcela de uma realidade muito complexa e abrangente, com variáveis não consideradas ou não trabalhadas neste momento, o estudo revela uma clientela que enfrenta desafios de ordem pessoal, econômica e social e ressalta a importante contribuição que a instituição tem oferecido não só aos PNE e seus cuidadores, mas também aos futuros profissionais que estão tendo a oportunidade de participar e vivenciar o seu papel de promover saúde bucal a um grupo que tem enfrentado tantas dificuldades, barreiras e preconceitos.

REFERÊNCIAS

1. Fourniol Filho A. Introdução ao estudo da odontologia sobre pacientes especiais. In: Fourniol Filho A. Pacientes especiais e a odontologia. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1998. p. 3-26.
2. Miller NB. Ninguém é perfeito: vivendo e crescendo com crianças que têm necessidades especiais. Campinas: Papirus; 1995.
3. Resende VLS. A Odontologia e o paciente especial. Jornal da Odontologia CRO-MG. 1998;18:12.
4. Buscaglia L. Os Deficientes e seus pais. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1993.
5. Ministério da Saúde (BR), Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília; 1993.
6. Ravaglia C. El Problema de la salud bucodental de los pacientes discapacitados y especiales em America Latina. Revista Fola/Oral. 1997;(9):162-5.

7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal Integrada ao Paciente. Programa Nacional de Assistência Odontológica Especial: Brasília; 1992.
8. Centro de Documentação e Informação do Portador de Deficiência [homepage na Internet]. [acesso em 2006 Jan 10]. Deficientes no Brasil; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.cedipod.org.br/ibge1.htm>.
9. Peres AS, Peres SHCS, Silva RHA. Atendimento a pacientes especiais: reflexão sobre os aspectos éticos e legais. *Rev Fac Odontol Lins*. 2005;17(1):49-53.
10. Pucca Júnior G. A Política nacional de saúde bucal como demanda nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):243-46.
11. Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo-facial [homepage na Internet]. [acesso em 2007 Out 10]. Resolução CFO 22/2001; [aproximadamente 25 telas]. Disponível em: http://www.bucamaxilo.org.br/index.php?go=leg_re22.
12. Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo-facial [homepage on the Internet]. [acesso em 2007 Out 10] Resolução CFO 25/2002; [aproximadamente 6 telas]. disponível em: http://www.bucamaxilo.org.br/index.php?go=leg_re25&PHPSES SID=07bb2f31d1eb9048d6c8072ed4f4a301.
13. Bregantini EC. Pessoa com deficiência: o respeito às diferenças. *Ser Médico*. 2002;4(20):32-3.
14. Doughety N, Macrae R. Providing dental care to patients with developmental disabilities. An Introduction for the private practitioner. *N Y State Dent J* 2006; 72(2):29-32.
15. Waldman HB, Perlman SP. Children with special health care needs: results of a national survey. *J Dent Child*. 2006;73(1):57-62.
16. Souza LGA, Boemer MR. O Cuidar de pessoas portadoras de deficiência mental: um estudo fenomenológico. In: Castro DSP, Pokladek DD, Ázar FP, Piccino JD, Josgrilberg RS, organizadores. *Existência e saúde*. São Bernardo do Campo: UESP; 2002. p. 239-53.
17. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.
18. Polit OD, Hungler BP. *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Lippincot; 1995.
19. Sasaki RK. Quantas pessoas têm deficiência? São Paulo: SEED; 1998.
20. Rozicki C. Deficiente e a participação nas esferas da vida em sociedade. *Rev. Espaço Acadêmico*. 2003;2(22):67.
21. Brasil. Lei n.7853 de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência-CORDE, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências [homepage na internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 1989 Out 25 [acesso em 2006 Abr 20]. Disponível em: <http://www.casadacidadania.mp.am.gov.br/sicorde>.
22. Brasil. Lei n.8213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Portadora de Deficiência e dá outras providências [homepage na internet]. Disponível em: <http://www.chavedauida.com.br/legislacao.asp>.
23. Brasil. Lei n. 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a Organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1993 Dez 8.
24. Associação Brasileira de Autismo, Política Nacional de Atenção à Pessoa Portadora de Síndrome Autismo. Brasília; 1991.
25. Eizirik MF. Michel Foucault: um pensador do presente. Ijuí: Ed. Unijuí; 2002.
26. Rezende ALM. O Processo de comunicação como instrumento de enfermagem. *Enf Nova Dimens*. 1996;2(2):98-111.
27. Martens L, Marks L, Goffin G, Gizani S, Vinckier F. Oral higiene in 12 – year – old disable children in Flandres, Belgium, related to manual dexterity. *Community, Dent Oral Epidemiol*. 2000;28(1):76-80.
28. Fornioli Filho A, Facion JR. Excepcionais: deficientes mental. In: Fornioli Filho A. *Pacientes especiais e odontologia*. São Paulo: Santos; 1998. p. 339-75.
29. Duailib SE. Postura e abordagem para pacientes especiais. In: Seger L. *Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora*. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1992. p. 195-210.
30. Rosa MSL, Ribeiro RA. Clínica odontológica para pacientes especiais. *Odontol Moderno*. 1992;15(1):16-8.
31. Duailib SE, Duailib MT. Uma Nova visão sobre conceito e classificação em pacientes especiais. *Rev Paulista Odontol*. 1998;20:28-33.

-
32. Fourniol Filho A, Badra A. Atendimento odontológico aos pacientes especiais. In: Fourniol Filho A. Pacientes especiais e a odontologia. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1998. p. 133-67.
33. Federação Nacional da Associação de Pais e Amigos e Excepcionais. Manual pais e dirigentes: uma parceria eficiente. São Paulo; 2006.
34. Karsch UMS, Leal MGS. Pesquisando cuidadores: visita a uma prática metodológica. In: Karsch UMS, organizador. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 2004. p. 21-45.
35. Pitta AMF. A Equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. Saúde Soc. 1996;5:35-60.
36. Dias ELF, Wanderley JS, Mendes RT, organizadores. Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar. Campinas: Unicamp; 2002.
- Endereço para correspondência:**
Branca Maria de Oliveira Santos
Rua Imbuia, 25, Jardim Recreio
CEP: 14040-200 – Ribeirão Preto – SP
E-mail: brancamasantos@yahoo.com.br