

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

SAÚDE BUCAL E ATENÇÃO AO DOENTE MENTAL:
USUÁRIOS ESPECIAIS

CORINA DE JESUS LAUAR

TEÓFILO OTONI / MINAS GERAIS

2011

CORINA DE JESUS LAUAR

**SAÚDE BUCAL E ATENÇÃO AO DOENTE MENTAL:
USUÁRIOS ESPECIAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

TEÓFILO OTONI / MINAS GERAIS

2011

CORINA DE JESUS LAUAR

**SAÚDE BUCAL E ATENÇÃO AO DOENTE MENTAL:
USUÁRIOS ESPECIAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira - orientadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte: 04 / 02 / 2012

Ao meu referencial de amor, força e entusiasmo.

À minha mãe, o meu amor eterno.

A todos que partilharam comigo a busca do conhecimento.

À minha orientadora Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

RESUMO

Considerando-se a situação marginal vivenciada, ao longo da história, pelas pessoas portadoras de sofrimento mental, este estudo propôs-se a fazer, por meio de uma revisão de literatura, uma discussão sobre a atenção à saúde bucal direcionada a essa parcela da população. Os modelos de saúde bucal sempre foram focados e organizados conforme o conceito biologicista/curativista e também pelos ciclos de vida (criança, adolescente e adulto), em detrimento dos modelos de abordagem por “condição de vida”. A partir da reforma psiquiátrica que aconteceu dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) o indivíduo com transtorno mental passou a ter sua cidadania respeitada. Paralelamente, houve a inserção da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família. Por isso, vislumbrou-se um novo cenário para esta parcela da população: acolhimento, vínculo e acesso humanizado aos serviços e ações de saúde bucal. A atenção odontológica aos indivíduos com transtornos mentais passou a ser organizada, planejada e trabalhada por meio das relações multiprofissionais e interdisciplinares. Essas pessoas passaram a ser contempladas, portanto, por um novo processo de trabalho que persegue a universalização, a equidade e a integralidade em saúde pública.

Palavras - chave: Saúde bucal, doente mental, usuários especiais

ABSTRACT

Considering the marginal situation experienced through the history by the mentally disabled people, this study proposes to do through this literature review a discussion about the oral health attention given to this part of the population. The models of oral health have always been focused and organised according to the biological / curative concept and also by the life cycles (child, teenager and adult), over the approach models of "life condition". Since the psychiatric reform in the Unique Health System- Sistema Único de Saúde (SUS) the mentally disabled individual started to have his citizenship respected. Parallel, the oral health staff was inserted in the family health strategy. Because of that, there is a new scenario for this part of the population: welcoming, bonding and humanized access to the oral health services and actions. The oral health attention given to the mentally disabled people became organized, planned and worked through multiprofessional and interdisciplinary relations. These people started to be contemplated, therefore, by a new work process that visions the universalization, the equity and the integrity in public health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVO	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO DE LITERATURA	14
5.1 O SUS e a Reforma Psiquiátrica no Brasil	14
5.2 A saúde bucal no Brasil	17
5.3 A saúde bucal dos indivíduos com transtornos mentais	18
6 DISCUSSÃO	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

Transformar e recriar as relações existentes entre a família, a sociedade e o indivíduo doente mental não é uma tarefa fácil. Existe o pronto, o universalmente aceito e a delegação do cuidado ao outro. São relações que revelam as incapacidades de se lidar com a loucura, de se aceitar novos desafios e de se aventurar em caminhos não trilhados (PEREIRA e VIANNA, 2009). Em toda a sua história, a assistência aos indivíduos diagnosticados com doenças mentais sempre evidenciou a impossibilidade de a família estar presente no convívio e cuidado do indivíduo doente mental. Por isso o tratamento do doente mental significou, por décadas, o afastamento do convívio social e familiar.

Os indivíduos com necessidades especiais apresentam desvios no padrão de normalidade de sua condição física, mental, orgânica e/ou de socialização. Esses desvios podem ser de caráter transitório, como no período de gravidez, ou permanente, como nos indivíduos com deficiência mental. Aquelas pessoas portadoras de transtornos mentais e comportamentais são incluídas no grupo de pacientes especiais porque, na grande maioria dos casos, apresentam comprometimento intelectual e motor. Por isso, necessitam de assistência temporária ou definitiva (CARVALHO e ARAÚJO, 2004).

Considerando-se a assistência odontológica, é considerado paciente com necessidades especiais todo aquele indivíduo que apresente um limite acentuado no que se refere aos padrões de “normalidade” para o ser humano, que o impossibilite ou que demande uma abordagem diferente para receber um atendimento odontológico convencional (MINAS GERAIS, 2006).

Pessoas com necessidades especiais possuem uma necessidade maior nos cuidados odontológicos preventivos. Muitos desses indivíduos têm dificuldades com a higienização bucal, possuem uma dieta pastosa e/ou rica em carboidrato, ou fazem uso freqüente de

medicamentos adocicados ou que promovem a diminuição do fluxo salivar (FOURNIOL FILHO e FACION, 1998).

Em uma sociedade incorporada pelo modelo assistencial biomédico, os profissionais da atenção básica ainda enfrentam um grande desafio: priorizar a promoção da saúde e a prevenção das doenças e garantir o direito de todas as pessoas de receberem atendimento (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES. 2009). As propostas do Sistema Único de Saúde (SUS), de democratização da saúde e de inversão da lógica hierárquica e autoritária que tradicionalmente vinha funcionando no sistema possuem como base, a estratégia de saúde da família (ESF). A ESF objetiva a criação de uma rede integrada de cuidados progressivos, sendo caracterizada como “sinônimo de lugar, espaço de interação, solidariedade” (TEIXEIRA, 2005). Dentro de uma prática multiprofissional, é necessário que aconteça a soma de saberes com soluções efetivas e eficazes a demandas que envolvam a perspectiva de se viver com qualidade, incluindo o ambiente de trabalho dos profissionais (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES. 2009).

Considerando-se a perspectiva do cuidado e reafirmando a importância da atenção ao usuário em seu próprio *habitat*, faz parte da política nacional de atenção à saúde mental a criação de equipes de apoio matricial. Esse apoio matricial, também denominado matriciamento, representa um arranjo organizacional que busca determinar suporte técnico em determinadas áreas para as equipes responsáveis por ações básicas de saúde para a população. Desse modo, profissionais externos à equipe compartilham certos pacientes com a equipe de saúde local, no caso, as equipes de Saúde da Família de um dado território (PEREIRA e VIANNA, 2009). De acordo com os autores, esse compartilhamento acontece por meio de discussões de casos, intervenções junto às famílias e comunidade, ou em atendimentos conjuntos. Esta responsabilização compartilhada dos pacientes exclui a lógica do

encaminhamento, visando aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local.

Na prática dos serviços e das ações de saúde, entretanto, esse compartilhamento, esse suporte matricial, esta muito a desejar, quer seja pela falta de conhecimento, interesse e sensibilidade das equipes para com a condição de saúde bucal do doente mental somadas às questões de gestão, dificultando o acesso dessas pessoas aos serviços.

2 JUSTIFICATIVA

Por muito tempo, o indivíduo portador de algum transtorno mental foi segregado e excluído da sociedade e da organização política. Muitos eram internados em manicômios, sendo destituídos de todos os direitos de um cidadão.

A odontologia até então caracterizada por uma prática cirúrgico-restauradora, não considerava as condições de vida dessa parcela da população. Felizmente, com o SUS, e com a ESF, foram criados programas de saúde direcionados à diversos grupos de indivíduos com necessidades especiais, estando ali presentes as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais.

A partir desse ponto, as equipes de saúde bucal, saúde da família e saúde mental passaram a trabalhar por meio de uma parceria multiprofissional. Desse modo, é possível realizar-se uma assistência que promova o acesso e o cuidado com a saúde bucal do usuário portador de sofrimento mental.

3 OBJETIVO

Realizar, por meio de uma revisão de literatura, uma discussão sobre a atenção à saúde bucal direcionada aos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada no presente trabalho foi baseada em uma busca ativa de informações nas bibliotecas virtuais SCIELO, Periódicos CAPES, Google Acadêmico. Foram selecionados documentos oficiais e artigos científicos no idioma português. A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de um tema central: doente mental e a saúde bucal dentro de um contexto histórico de assistência médica-odontológica anterior e a partir dos anos 30.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 O SUS e a Reforma Psiquiátrica no Brasil

Antes da implantação do SUS, a assistência à saúde da população brasileira era limitada às condições de trabalho de cada indivíduo. Aquela pessoa que tinha emprego registrado na carteira profissional possuía direito à assistência médica previdenciária. Ou então, pagava pelo serviço de médicos particulares e, em caso de internação, também pagavam pelo serviço. Aqueles indivíduos que não se enquadravam nessas condições, precisavam recorrer à assistência prestada pelas Santas Casas de Misericórdia ou pelos Postos de Saúde Municipais, que viviam lotados (BRASIL, 2006). Visando resolver este problema, aconteceu a Reforma Sanitária, que defendia o direito amplo, de toda a população brasileira, de acesso aos serviços de saúde, independente da condição social de cada pessoa. A saúde deveria fazer parte da política nacional de desenvolvimento, não sendo considerada apenas pelo lado da previdência social (BRASIL, 2006). De acordo com CHAVES (1986), a origem da assistência odontológica aos segurados e beneficiários da Previdência Social iniciou-se na década de 30. No início os serviços odontológicos apenas realizavam a remoção dos focos dentários, sendo essa uma atividade totalmente mutiladora.

O SUS, garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, representou um grande avanço na consolidação da reforma sanitária no Brasil (BRASIL, 1988). Ainda enfrenta, no entanto, o desafio de programar um modelo de atenção integral à saúde dos indivíduos, famílias e comunidade. Esse modelo pós-reforma, representado pelo SUS, objetiva resgatar a relação entre os sujeitos sociais. Busca consolidar conceitos e práticas como acolhimento, humanização, acesso universal, integralidade da atenção e vínculo. (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES. 2009).

Considerando-se a atenção à saúde mental, em nível internacional, as discussões relacionadas à mudança no modelo de atenção à saúde mental aconteceram por volta dos anos

90, com a Declaração de Caracas. Naquele documento era estabelecido, como eixo da reestruturação da assistência psiquiátrica, a estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS), no quadro dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Era estabelecida uma forma de viabilizar modelos de atenção centrados nas populações locais e dentro de suas redes sociais, sendo garantidos os direitos dos indivíduos portadores de sofrimento psíquico (LOBOSQUE et al., 2006).

O processo da reforma psiquiátrica brasileira iniciou-se na década de 70, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Esse processo surgiu no bojo da reforma sanitária, a qual lhe deu sustentação política. Com o passar do tempo, a reforma psiquiátrica organizou-se por meio de um movimento social independente que incluiu em seus princípios um modelo de serviços que garantisse a cidadania de todos os usuários (BÜCHELE et al., 2006). Diversos fatores sociais e econômicos contribuíram para desencadear em todo o país a construção de uma nova política de saúde mental, que oferecesse ao indivíduo diagnosticado com algum transtorno mental uma atenção mais humanizada e efetiva, dando-lhe alternativas de tratamento extra-hospitalar (BÜCHELE et al., 2006). Nos anos 90 observou-se a presença cada vez mais marcante de usuários e familiares protagonizando o cenário da reforma psiquiátrica brasileira. Naquele período, aconteceu a criação e consolidação de projetos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Lares Abrigados e o Hospital-Dia (ALMEIDA e ESCOREL, 2001). Esse movimento incluiu outros profissionais na equipe de saúde, retirando do médico o poder absoluto das decisões relacionadas aos cuidados com o paciente portador de sofrimento psíquico (OGATA; FUREGATO; SAEKI, 2000).

O processo de desinstitucionalização surgiu no Brasil respaldado pelo Decreto-Lei 3657/1989. Objetivava alterar a Legislação de 1934, que privilegiava o modelo do hospital asilar como único recurso de tratamento, que destacava o hospital psiquiátrico como única

alternativa de tratamento. Provocava a cronicidade da doença e a exclusão dos doentes mentais em todo o país. Somente 12 anos depois, em 2001, foi promulgada a Lei Federal 10.216. Esta lei, garante os direitos dos pacientes com transtornos mentais, limitando e regulando as internações psiquiátricas. Essa lei tornou-se a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BÜCHELE et al., 2006).

5.2 A saúde bucal no Brasil

Considerando-se a exclusão de grande parte da população aos serviços de saúde bucal, da reorganização da Atenção Básica e da implantação do ESF no SUS, o Ministério da Saúde, por meio das Portarias nº 1444, de 28 de dezembro de 2000 e nº 267, de 06 de março de 2001, incentivou e regulamentou a inserção de profissionais de saúde bucal na ESF (PALMIER et al., 2009). Em 2004, o governo federal elaborou e aprovou a Política Nacional de Saúde Bucal, que engloba ações individuais e coletivas. Abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do usuário do SUS. Vem sendo aplicada por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe (PALMIER et al., 2009). Segundo os autores, no âmbito da Atenção Básica, o maior investimento envolve a inserção da equipe de saúde bucal na ESF. De acordo com RAMOS e LIMA (2003), a luta pela saúde bucal dos brasileiros está diretamente relacionada à melhoria das condições sociais, políticas e econômicas do país, determinado a responsabilidade e o dever do Estado na sua execução.

A ESF identifica-se por uma nova lógica de trabalho em saúde. Busca uma assistência voltada para os problemas dos indivíduos e de suas famílias. Defende o trabalho em equipe como um modo de consolidar a mudança do modelo tradicional, que acontecia basicamente por meio de consultas individuais e com as áreas de conhecimento -Medicina, Enfermagem, Odontologia- desagregadas. Dentre as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde presentes na ESF, destaca-se a atenção aos indivíduos portadores de sofrimento mental (FARIA et al., 2010).

5.3 A saúde bucal dos indivíduos com transtornos mentais

Muitas das pessoas portadoras de transtornos mentais/psíquicos apresentam comprometimentos relacionados à saúde bucal devido a diversos fatores. Dentre eles destaca-se a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos e a falta/deficiência dos hábitos de higiene bucal que normalmente acontece devido às dificuldades de coordenação motora para a realização da escovação dos dentes. Além disso, diversos pacientes fazem uso de medicamentos que diminuem o fluxo salivar, aumentando o risco para a doença cárie (CARVALHO e ARAÚJO, 2004).

A cárie e a doença periodontal são as causas mais importantes de perda dentária. Provocam um impacto significativo na auto-estima desses indivíduos, prejudicando o tratamento da doença mental (CARVALHO e ARAÚJO, 2004). De acordo com os autores, os pacientes especiais, sobretudo aqueles com doença mental, são muito vulneráveis às patologias bucais. Isso acontece principalmente com a doença periodontal, que está diretamente associada a uma higiene bucal deficiente. A doença periodontal parece ser a doença bucal mais prevalente nos pacientes com deficiência mental internados nos hospitais psiquiátricos. O comprometimento mental os deixa incapazes de compreender a importância da higiene bucal. Segundo WHYMAN et al. (1995) durante o período de permanência dos indivíduos com doença mental nos hospitais psiquiátricos, havia uma grande negligência com os cuidados de higiene bucal dos pacientes. Há, inclusive, relatos da inexistência de escova dental para os pacientes durante os anos de internação hospitalar.

O controle da higiene bucal das pessoas com distúrbios mentais é fundamental. Mas, para isso, é essencial que os familiares/responsáveis e profissionais envolvidos no cuidado desses indivíduos sejam motivados e capacitados para desempenhar ações que visem um controle eficiente da higiene bucal dessa parcela da população (VARELLIS, 2005). É

importante que aconteça a criação de programas educacionais preventivos direcionados aos indivíduos com doenças mentais.

WHYMAN et al. (1995) analisaram a saúde bucal de 207 pacientes com deficiência mental em um hospital psiquiátrico da Nova Zelândia. Metade desses indivíduos era de desdentados. Aqueles pacientes dentados apresentavam uma média de 22,8 dentes. As condições clínicas eram precárias, com uma média de 3,2 dentes comprometidos e uma higiene bucal muito deficiente. A doença periodontal foi apontada como o principal problema bucal, atingindo 83,5% dos pacientes. A maioria dos participantes necessitava de condições especiais que possibilitassem o atendimento odontológico.

Quanto aos medicamentos utilizados pelos indivíduos com doenças mentais, os psicofármacos apresentam reações adversas que provocam implicações diretas no atendimento odontológico. Já os antidepressivos, bem como os neurolépticos, podem causar xerostomia e hipotensão postural. Os neurolépticos, quando em uso prolongado pelo paciente, podem provocar, em 40% das pessoas, movimentos involuntários dos músculos orofaciais. O diazepam e o lorazepam causam xerostomia, "gosto amargo", inflamação gengival e língua saburrosa e edemaciada. Os efeitos adversos ligados à carbamazepina incluem xerostomia, glossite e estomatite. A fluoxetina pode levar a quadros de xerostomia, glossite, estomatite aftosa, edema e descoloração de língua. A fenitoína causa hiperplasia gengival (ABREU; ACÚRCIO; RESENDE. 2000).

O cirurgião dentista deve ficar atento para as interações medicamentosas que podem ocorrer quando for utilizar anestésicos locais nos pacientes que fazem uso de determinados medicamentos. O uso de anestésicos locais em pacientes que utilizam benzodiazepínicos pode potencializar o efeito cardiopressor do anestésico. Também deve ser visto com cuidado a utilização de vasoconstritores adrenérgicos (associados a anestésicos locais) naqueles pacientes que fazem uso de antidepressivos tricíclicos (potencializam o efeito adrenérgico). O

diazepam pode acentuar os efeitos tóxicos da bupivacaína (ABREU; ACÚRCIO; RESENDE. 2000).

6 DISCUSSÃO

Ainda hoje, existe uma grande deficiência na maioria dos currículos das escolas de odontologia com relação à formação profissional para atender pessoas com deficiências mentais e físicas. Muitos cirurgiões dentistas não se sentem seguros para realizarem o atendimento odontológico de um paciente especial no consultório odontológico, principalmente aqueles indivíduos com alterações de comportamento. Acabam indicando esses pacientes para atendimento hospitalar com anestesia geral (FOURNIOL FILHO e FACION, 1998). Sabe-se, no entanto, que são grandes os riscos para o paciente submetido à anestesia geral. São utilizadas altas doses de depressores do sistema nervoso central, devendo tal procedimento ser indicado para casos restritos. Porém, por ser esporádico e totalmente cirúrgico/restaurador, o tratamento odontológico realizado com anestesia geral é ineficaz no controle do processo saúde-doença (PRADO et al., 2004).

De acordo com Machado e Mocinho (2003), infelizmente os profissionais presentes na ESF ainda relacionam-se com os indivíduos portadores de transtornos psíquicos com uma visão excludente. Acredita-se que esse comportamento seja causado pela formação universitária que tiveram. Tendem a exercer uma prática totalmente tecnicista, deixando de lado qualquer tipo de sensibilidade social. Por isso, é muito importante que aconteça uma mudança dos conceitos e práticas dos profissionais já formados e também daqueles que ainda não estão no mercado de trabalho.

Com relação especificamente a odontologia, ainda existe uma formação deficiente dos cirurgiões-dentistas, o que dificulta muito a assistência odontológica para os indivíduos com doenças mentais. Muitos profissionais se recusam a atender essa parcela da população, o que representa uma grande barreira ao acesso a tratamentos odontológicos (FOURNIOL FILHO e FACION, 1998). Para estes indivíduos a ausência de atenção odontológica acontece de forma grave. Além da recusa dos cirurgiões-dentistas em atender esta clientela, em muitos casos a

exodontia é o único procedimento odontológico oferecido. O preconceito ainda é muito presente na sociedade em relação aos indivíduos com transtornos mentais. Existe o medo da agressividade e o mito de que nenhum deles possui um comportamento de colaboração durante o atendimento clínico. Associado a isso, está a formação universitária deficiente dos profissionais da área da saúde para cuidarem de pacientes especiais. Esses fatores contribuem de modo negativo, para o planejamento de ações curativas e preventivas para essa parcela da população (JAMELLI et al., 2010).

A participação da família é de extrema importância no tratamento odontológico dos indivíduos com transtornos mentais. É importante que sejam orientados quanto aos riscos das doenças bucais e cuidados necessários para evitá-las. As pessoas dependentes de um cuidador para execução de suas atividades diárias precisam de apoio da família e/ou do responsável para realizarem os cuidados com a higiene bucal (MINAS GERAIS, 2006).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se o fato dos indivíduos com transtornos mentais serem mais propensos às doenças cárie e periodontal, a assistência a essa parcela da população deve englobar um cuidado odontológico preventivo que inclua uma supervisão diária da higiene bucal com a participação ativa do cuidador nesta tarefa. O maior risco às doenças bucais acontece devido ao uso freqüente que a maior parte deles faz de medicamentos que provocam xerostomia e também pelas dificuldades de escovação por problemas motores e/ou neurológicos muitas vezes presentes.

A atenção odontológica aos indivíduos com transtornos mentais a partir da reforma psiquiátrica e da criação do SUS, com princípios incorporados e reafirmados pela Estratégia de Saúde da Família, deve ser organizada, planejada e trabalhada por meio das relações multiprofissionais e interdisciplinares. Essas pessoas passaram a ser contempladas, portanto, por um novo processo de trabalho que persegue a universalização, a equidade e a integralidade em saúde pública.

REFERÊNCIAS

ABREU, M.H; ACÚRCIO, F.A; RESENDE, V.L. Utilização de psicofármacos por pacientes odontológicos em Minas Gerais, Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica.** , Washington, v. 7, n. 1, Jan./2000

ALMEIDA, P.F; ESCOREL, S. Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. **Saúde em Debate.** , Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 35-47, mai./ago. 2001

PALMIER, A.C. et al. **Saúde Bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto.** Belo Horizonte: UFMG, 2009. 65 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série Pactos pela Saúde. v.4, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>

Acesso: 29 nov. 2011.

BÜCHELE, F. et al. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare Enferm.** , Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 226-233, Set./dez. 2006

CARVALHO, E.M.C; ARAÚJO, R.P.C. A Saúde Bucal em Portadores de Transtornos Mentais e Comportamentais. **Pesq. Bras. Odontoped. Clín. Integr.** , João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 65-75, Jan./abr. 2004

CHAVES, M.M. **Odontologia Social.** Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1986.

FARIA, H.P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010. 68 p.

FOURNIOL FILHO, A.; FACION, J.R., Excepcionais- Deficiência Mental. In: FOURNIOL FILHO, A . Pacientes especiais e a odontologia. São Paulo: Santos, p. 339-375, 1998

JAMELLI, S.R. et al. Saúde bucal e percepção sobre o atendimento odontológico em pacientes com transtorno psíquico moradores de residências terapêuticas. **Ciênc. Saúde Coletiva.** , Rio de Janeiro, v. 15, n.1, Jun./2010

LOBOSQUE, A.M. et al. **Atenção em Saúde Mental.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.

MACHADO, A.P.C; MOCINHO, R.R. Saúde Mental: Um desafio no programa saúde da família. **Boletim da Saúde.** , Porto Alegre, v. 17, n. 2, Jul./dez. 2003

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção em saúde bucal.** Belo Horizonte, 2006. 290 p.

OGATA, M.N; FUREGATO, A.R; SAEKI, T. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. **Nursing.** , São Paulo, v. 3, n. 25, p. 24-29, Jun./2000.

PEREIRA, A.A.; VIANNA, P.C. **Saúde Mental.** Belo Horizonte: UFMG, 2009. 76 p.

PRADO, R.M. et al. O uso de medicamentos antidepressivos e as implicações no atendimento odontológico. **Rev. Assoc. Paul. Cirur. Dent.** , São Paulo, v. 58, n. 2, p. 99-103, 2004

RAMOS, D.D; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** , Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, Jan./fev. 2005

TEIXEIRA, R.R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde**

coletiva. , Rio de Janeiro, v.10 , n.3, Jul./set. 2005.

VARELLIS, M.L. O Paciente com Necessidades Especiais na Odontologia-
Manual Prático. São Paulo: Santos. 2005.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.; SOARES, S.M. **Práticas pedagógicas em
Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e
comunidade.** Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção
básica à saúde. Belo Horizonte: UFMG; NESCON/UFMG, 2009. 4 v. 72p.

WHYMAN, R.A. et al. E.E. The oral health of long-term residents of a hospital
for the intellectually handicapped and psychiatrically ill. **N Z Dent J.** , New
Zealand, v. 91, n. 404, p. 49-56, 1995
