

A EXPERIÊNCIA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM UM PROJETO DE EXTENSÃO ODONTOLÓGICA

Lia Silva de Castilho¹
Vera Lúcia Silva Resende²
Maria Elisa Souza e Silva³
Camila Navarro Martelli⁴
Letícia Nunes Costa⁵
Ariane Robadel Pacheco⁶

RESUMO

Este estudo analisa a abordagem odontológica de pacientes com deficiências de desenvolvimento com foco na integralidade do cuidado. O projeto de extensão Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais é uma parceria entre a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a Associação Mineira de Reabilitação (AMR) e uma escola pública para pacientes especiais. O objetivo do projeto é promover a saúde bucal dos pacientes, propiciando ao estudante de odontologia a oportunidade de atender essa população e trabalhar com uma equipe multidisciplinar. Alguns obstáculos são observados na atenção integral relacionados, especificamente, à reabilitação oral de pacientes edêntulos ou parcialmente edêntulos. Assim, do ponto de vista da integralidade, o atendimento odontológico precoce de pessoas com deficiências de desenvolvimento e a suas famílias, parece ser a abordagem mais efetiva para a conquista de uma dentição saudável.

Palavras-chave: Odontologia para pacientes com deficiências. Integralidade do cuidado. Deficiências do desenvolvimento. Paralisia cerebral.

ABSTRACT

This study analyzes the dental management of patients with developmental disabilities with a focus on comprehensive health care. The extension project Dental treatment for special needs patients is a partnership between the Dental School of the Federal University of Minas Gerais (UFMG), the Association of Rehabilitation of Minas Gerais State (AMR) and a public school for special needs patients. The aim of this project is to promote the oral health of the patients, providing to the student in dentistry the opportunity to serve this population and work in a multidisciplinary team. Some obstacles are observed to complete care, specifically in relation to oral rehabilitation of the edentulous or partially edentulous patient. Thus, from the point of view of completeness, early care to people with developmental disabilities and their families seem to be the most effective approach to healthy teeth.

Keywords: Dental care for disabled. Comprehensive health care. Developmental disabilities. Cerebral palsy.

¹Professora doutora, Adjunto III do Departamento de Odontologia Restauradora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, liacastilho@ig.com.br

²Professora doutora, Adjunto IV do Departamento de Odontologia Restauradora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, silres@gmail.com>

³Professora doutora, Adjunto IV do Departamento de Odontologia Restauradora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, mariaelisa1956@gmail.com

⁴Graduanda em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG e voluntária no projeto, camilamartelli20@hotmail.com

⁵Graduanda em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, leticiaodonto2@hotmail.com

⁶Graduanda em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, arianerobadel@hotmail.com

1 Introdução

A integralidade na atenção a saúde é um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) que orienta políticas e estratégias que respondam às necessidades da população e suas demandas no acesso à rede de cuidados em saúde, levando em consideração a complexidade e as especificidades das diversas formas de se gerenciar o processo saúde-doença nas diferentes dimensões (biológica, cultural e social) do indivíduo a ser cuidado (SILVA e SENA, 2008, p.49).

A construção do conceito da integralidade é resultante da assimilação dos valores democráticos defendidos no texto constitucional por instituições públicas e sociais. Esta assimilação deve ocorrer na dimensão ético-política (em que o usuário é o elemento central) em que a responsabilidade pública, instituída pela saúde como direito da cidadania é o baluarte (O'DWYER et al., 2010, p.3353).

O atendimento integral ao cidadão vai além da estrutura hierarquizada da organização e da regionalização da assistência à saúde. A integralidade das ações em saúde se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva que o SUS assegura aos seus usuários. Para a sua consecução é indispensável o compromisso com a educação continuada e com a atenção multiprofissional (MACHADO et al., 2007, p.336).

Tendo como vértice a integralidade do cuidado, em cima de conceitos dos autores das citações acima, este artigo analisa o projeto de extensão *Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais* que foi criado em 1998.

O paciente ao ser admitido pela Associação Mineira de Reabilitação (AMR) passa por uma avaliação odontológica e entra no programa de manutenção da saúde bucal. O sistema de referência e contrarreferência conta com o auxílio das demais profissões de saúde que compõem o Serviço Integrado de Reabilitação (SIR). O setor de Fonoaudiologia da AMR encaminha vários pacientes para avaliação quanto à possibilidade de realização de frenectomias e colocação de aparelhos ortodônticos. O setor de Odontologia recebe o apoio da área de Psicologia para a resolução de problemas como uso tardio de chupetas, mamadeiras e sucção digital, além de terapia comportamental para o atendimento odontológico em si. Os profissionais da odontologia

também dialogam com o pessoal do Setor de Ortopedia e Neurologia sobre as alternativas para tratamento do bruxismo, que em pacientes do sexo masculino, portadores de refluxo-gastroesofágico e portadores de movimentação involuntária é predominante (ARAÚJO et al., 2013).

Existe ainda a interlocução com os setores de Fisioterapia e a Terapia Ocupacional sobre como posicionar o paciente e quais são as melhores estratégias para favorecer a escovação daqueles que moram sozinhos. Finalmente, o Serviço Social da AMR gerencia as questões relacionadas ao absenteísmo às consultas e possíveis problemas de agendamento, entre outros.

Indivíduos que necessitam de tratamento endodôntico, colocação de aparelhos ortodônticos móveis, próteses totais e parciais removíveis, exodontias de terceiros molares inclusos e semi-inclusos e periodontia são encaminhados aos Centros de Especialidades Odontológicas da Grande Belo Horizonte. Aqueles que necessitam de tratamento odontológico sob anestesia geral são encaminhados para o Hospital Odilon Behrens (três encaminhamentos no ano de 2013 ao todo). Aos pacientes que necessitam de tratamento odontológico reabilitador mais complexo (como colocação de implantes) não há disponibilização de procedimentos, devido ao alto custo e à falta de estrutura para a realização destes.

O presente artigo, como já observado, busca discutir à luz da integralidade do cuidado, a experiência de um projeto de extensão que completou em fevereiro de 2014, 16 anos de atividades ininterruptas.

2 Método

Realizou-se uma análise quantitativa dos consolidados mensais de produção de procedimentos odontológicos (restaurações plásticas diretas, procedimentos relativos à manutenção preventiva e procedimentos cirúrgicos) e suas referências e contrarreferências à atenção secundária. Essa análise se refere ao período compreendido entre 1998 e 2014. Além disso, foram considerados entre os artigos científicos produzidos por este projeto, aqueles que traçam um perfil do usuário do projeto e suas principais necessidades.

3 Resultados

A faixa etária atendida no projeto varia de 0 a 51 anos. Indivíduos até 12 anos são atendidos pelo setor de reabilitação da AMR. Jovens até 18 anos são oriundos da esportoterapia da AMR. Indivíduos com idade mais avançada vêm da Escola Estadual João Moreira Salles.

No levantamento realizado, verificou-se que cerca de 500 pacientes são atendidos anualmente, tanto para tratamento restaurador quanto para manutenção preventiva; sendo que, aproximadamente 70 pacientes são incorporados anualmente ao projeto. O número total de atendimentos varia de acordo com o ano com pequenas flutuações em função do número total de alunos participantes e outros problemas como greves das universidades federais, sendo que a média é de 560 atendimentos/ano. Observa-se que muitos pacientes são atendidos apenas uma vez, e isso pode revelar a grande quantidade de indivíduos que estão sob manutenção da saúde bucal em consultas de avaliação não possuindo necessidade de tratamento odontológico.

O número de restaurações plásticas diretas se altera muito pouco ao longo dos anos (média: cerca de 230 restaurações/ano), bem como o das exodontias de dentes decíduos (média: 55 dentes/ano) e das raspagens e polimentos supra e subgingivais (média: 177/ano). O número total de exodontias de dentes permanentes é pequeno (média: 2/ano). Dentre os procedimentos cirúrgico/restauradores de manutenção preventiva, realizou-se um total de 1.041 no ano de 2013.

Na atualidade, o maior problema do projeto é conseguir tratamento odontológico reabilitador (próteses totais e parciais, restaurações metálicas fundidas, implantes, placas de relaxamento, entre outros) para pacientes que possuem espasticidade e idade avançadas e/ou ainda com grave comprometimento cognitivo. Pelo Sistema Único de Saúde, esses tratamentos são oferecidos à população em geral desde que possam ser realizados em ambulatório. Para um paciente portador de movimentação involuntária, o simples ato de moldagem já necessita de ajuda de sedação ou anestesia geral e, conseqüentemente, de ser realizado em ambiente hospitalar. Isso não é possível dentro da esfera pública e o custo a expensas do próprio paciente não se adequa à realidade econômica da

grande maioria dos usuários da AMR. Dessa forma, a equipe odontológica que realiza a atenção primária encontra grande obstáculo à reabilitação funcional e estética de pacientes mais idosos.

4 Discussão

Dentro do princípio da integralidade, a complementariedade exerce conceitualmente papel essencial. Nele, a equipe multidisciplinar se qualifica pela integração das suas práticas e não simplesmente pela incorporação de novas categorias profissionais que insistem em atuar de uma maneira fragmentada (O'DWYER et al., 2010). Esta é uma assertiva buscada pelo projeto desde o início de suas atividades que compõe o modelo epidérmico SIR (que classifica os indivíduos em três estados: suscetíveis, infectados e recuperados).

Ao executar ações próprias do seu campo profissional e, ao mesmo tempo executar ações comuns às demais profissões de saúde, forma-se uma rede de relações entre os diversos sujeitos, transcendendo o enfoque dominante e individualista da especialização, permitindo unir e permear ideias, saberes, vontade e trabalho voltados às práticas inovadoras. O trabalho multidisciplinar ainda propicia melhor organização do serviço e a promoção do respeito, da autonomia e do vínculo entre profissionais e usuário, especialmente na esfera da reabilitação infantil (UCHÔA et al., 2012, p.387). Os profissionais de saúde tendem a idealizar o trabalho em equipe como aquele que se traduz em um processo sempre harmônico e homogêneo, com um trabalho de cooperação e colaboração amplo e incondicional, sem desentendimentos e com crescimento irrestrito de todos os seus membros. Isso acontece quando existe um medo da equipe em admitir os conflitos comuns na convivência em grupo. Essa premissa idealizada não é verdadeira: o conflito faz parte do trabalho em equipe e quando enfrentado de maneira respeitosa e embasada leva ao amadurecimento do trabalho e da equipe (UCHÔA et al., 2012, p. 398). Todas essas vivências são experienciadas pelo graduando no projeto em questão: tanto a satisfação de conseguir interlocução com outro profissional de saúde quanto a frustração de não conseguir que uma referência a um atendimento específico seja realizada.

A construção da integralidade é um processo de redefinição de saberes e práticas

dentro dos serviços de saúde. Tecer uma rede de cuidados que possibilitem ampliar a autonomia e a corresponsabilidade do indivíduo por sua saúde e seu modo de vida significa superar a visão de organização hierarquizada cujo objetivo é atender às demandas em saúde simplesmente. Para tanto, o processo terapêutico deve se articular com os conhecimentos da clínica, da epidemiologia, da Saúde Coletiva e Ciências Sociais para a elaboração do cuidado centrado no indivíduo (SILVA e SENA, 2008, p.54). De fato, dentro da produção literária do referido projeto, busca-se construir um perfil do paciente em relação à cárie dentária (RESENDE et al., 2007; ROBERTO et al., 2012), em relação ao bruxismo (ARAÚJO et al., 2013) e técnicas de avaliação de condições bucais da população (CASTILHO et al., 2000). A produção do conhecimento neste projeto, já foi devidamente discutida em artigo anterior (VITTORINO et al., 2011).

Para que o profissional de saúde possa coordenar as ações dessa área de forma a contemplar a integralidade do cuidado, ele não pode conduzir sua formação, exclusivamente, a partir das exigências do mundo do trabalho focadas na lógica produtivista do mercado. Só uma formação crítica e ampliada é que poderá proporcionar ao profissional a compreensão do processo saúde–doença como uma produção social e o reconhecimento da complexidade do seu fazer com base da escuta das necessidades da comunidade (SILVA e TAVARES, 2004, p.273). O profissional deve ser formado em um ambiente educacional que privilegie a crítica concebendo o indivíduo como sujeito integrado às forças sociais e não submetido às forças produtivas. Esse graduando deve ser propositivo em relação às demandas impostas pela necessidade de transformação da política de saúde para uma prática mais qualificada e transformadora (SILVA e TAVARES, 2004, p. 279). Atento a esta premissa, o projeto de extensão busca constantemente a incorporação de metodologias inovadoras de ensino que sejam transformadoras. Não são ministradas aulas teóricas. Cada paciente se apresenta com um diagnóstico e com uma bagagem social, cultural, econômica e ambiental diferentes. Portanto, o aluno deverá pautar seu planejamento atentando para cada uma dessas características, caso a caso e discutindo-as com colegas e professores envolvidos no trabalho, na busca de adequar as demandas ao que é possível realizar, da forma mais conservadora possível.

A integralidade no cuidado a pessoas, grupos e coletividade pressupõe o usuário como sujeito histórico, social e político e considera suas relações com a família, meio ambiente e sociedade. Portanto, é importante a articulação das ações em educação em saúde com o elemento produtor de um saber coletivo levando o indivíduo a se tornar autônomo e emancipado para o ato de cuidar de si mesmo, da sua família e do seu ambiente (MACHADO et al., 2007, p.336).

Uma situação comum no projeto acontece com indivíduos mais velhos sem comprometimento cognitivo e altamente espásticos do ponto de vista motor, especialmente quando os seus pais falecem. Quem irá supervisionar a higiene bucal destes pacientes? Algumas respostas do projeto ao problema são: a aproximação das consultas de manutenção preventiva, o emprego de escovas dentárias elétricas adaptadas em munhequeiras e o efetivo controle do tipo e da frequência de ingestão da sacarose. São situações ainda que não vivenciadas propriamente pelo projeto, mas previstas pela lógica do aumento da expectativa de vida em geral e desses indivíduos e, assim, deverão ser frequentes com o passar dos anos.

A integralidade também se caracteriza também pela ação concatenada entre as atuações de diferentes setores e entre os três níveis de governo. Entretanto, é no seu caráter emancipatório e de compromisso público com a saúde que a integralidade produz transformações sociais (O'DWYER et al., 2010). O trabalho em interação com outros setores e com o serviço de saúde municipal é uma constante no projeto *Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais*. Com essa dinâmica, vínculos são formados e o trabalho com a AMR e Escola João Moreira Salles vem sendo reconhecido como perene e com alto teor de responsabilidade social.

Para que seja viabilizada uma prática que atenda à integralidade, é preciso que o trabalho em equipe seja colocado no cerne da ação em saúde, desde a formação profissional. Para tanto, estratégias educativas devem ser estabelecidas favorecendo o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não formais na execução de ações de promoção de saúde individuais e coletivas (MACHADO et al., 2007, p.337).

A articulação de uma nova pedagogia, orientada por uma nova racionalidade na formação dos profissionais de saúde, compromissados com a

participação ativa no enfrentamento dos problemas de saúde com a consolidação das possibilidades de articulação dos saberes científicos com os saberes dos pacientes numa ação conjunta e solidária. Neste sentido, aprender a partir das experiências parece ser um processo adequado à perspectiva da integralidade do ensino.

Na verdade ensina-se a partir das experiências concretas dos alunos. Atuar sobre problemas possibilita o trabalho interdisciplinar tratando integralmente temas, conteúdos e ações (SILVA e TAVARES, 2004, p. 279).

Atento a essa prerrogativa, o projeto privilegia a construção do conhecimento, procurando estabelecer, a partir de estudos científicos, quais são os fatores predisponentes ao desenvolvimento da cárie dentária nessa população específica (RESENDE et al., 2007; ROBERTO et al., 2012). Leva-se em conta que proporcionar ao graduando a simples introdução na prática não gera uma formação crítica e transformadora. É preciso localizar quais são os percursos formativos capazes de construir uma prática que seja transformadora (SILVA e TAVARES, 2004, p. 281). Os resultados da pesquisa no desenvolvimento do projeto norteiam as estratégias de enfrentamento da doença cárie e produzem reflexões acerca do ensino e da prática odontológica (VITTORINO et al., 2011; CASTILHO et al., 2013 a e b).

A prática extramuros cooperativa com os serviços possibilita a descoberta de novos temas e desafios ao processo de ensino/aprendizagem e da produção de conhecimento. Dessa forma, o ato de ensinar se amplia conceitualmente e metodologicamente ultrapassando a perspectiva burocrática, dando lugar à gestão democrática (SILVA e TAVARES, 2004, p. 282).

Essa reflexão também já foi contemplada no projeto em relação à inequívoca experiência de sucesso que é trabalhar em um ambiente fora dos limites da Faculdade de Odontologia (CASTILHO et al., 2012 a).

Um dos entraves à ação interdisciplinar no caso da reabilitação infantil é a percepção de que embora a equipe seja multiprofissional em sua composição, a falta de inter-relação das ações é demonstrada pela carência quanto à formulação de projetos comuns e emprego de protocolos compartilhados. Como limitantes são apontados a grande demanda de pacientes pressionando os serviços

e a falta de incentivo dos órgãos gestores (UCHÔA et al., 2012, p.397). Este obstáculo também é superado, pois a Odontologia colabora ativamente na elaboração de projetos e no gerenciamento deles. Em 2013, o projeto ajudou na elaboração de proposta juntamente com as demais especialidades do SIR para o Programa do PRONASC/PCD do Ministério da Saúde (em avaliação).

É sempre sublinhada a referência à aplicação das tecnologias leves em saúde como fundamentais na escuta, na criação de vínculos, na valorização do subjetivo, do singular, do espiritual e das relações afetivas. Apesar disso, o trabalho em saúde ainda se sustenta de forma positivista, com uma organização que privilegia a ação curativa, medicalizadora e buscando atender os sintomas biológicos. Esta lógica não se coaduna com o objeto e a finalidade do trabalho no enfoque da integralidade do cuidado em saúde (SILVA e SENA, 2008, p.54). De fato, uma característica do atendimento não só da odontologia como de todo o SIR na AMR é a humanização. Com isso, equipe de saúde e usuários se unem no enfrentamento dos problemas relativos à dificuldade de se conseguir uma completa reabilitação e inserção social do portador de deficiências de desenvolvimento.

As diversas profissões de saúde têm demonstrado crescente interesse pela observação ampliada dos resultados terapêuticos das ações em saúde para além do estado físico. Neste cenário, a qualidade de vida passa a ser um construto que é composto por estados subjetivos de satisfação das pessoas em sua rotina diária. Esta percepção traz em seu cerne o princípio da integralidade como uma dimensão do cuidado (MACHADO et al., 2007, p.339). Nesse aspecto, as diversas necessidades da família são motivos de observação e preocupação da equipe multidisciplinar responsável pela atenção básica ao usuário dentro de programas como a Estratégia de Saúde da Família.

Considera-se que os aspectos biológicos, psíquicos e sociais são fundamentais na determinação da saúde e da doença (ARCE e SOUZA, 2013, p.121). Levando em consideração essa premissa, no projeto em particular é muito comum que os pais e cuidadores se queixem da dificuldade de promover adequada higiene bucal em pacientes que apresentem alto nível de espasticidade motora e deficiência cognitiva. Até mesmo para a equipe odontológica é muito difícil um satisfatório controle

do biofilme dentário. Dessa forma, procura-se controlar a frequência e a textura da sacarose ingerida pelo paciente, demonstrando para a família que o controle da ingestão desse tipo de carboidrato só irá trazer benefícios ao paciente.

A saúde é complexa, muitos são os fatores que intervêm no processo de adoecimento, e a medicina (incluindo-se a odontologia) por si só e da forma como se apresenta, não tem a competência para a arte de curar. Por isso, no rol de habilidades do profissional de saúde estão suas experiências de vida, sua cultura e subjetividade (COSTA, 2004, p.8). Simplesmente restaurar cavidades portadoras de lesões cáries sem abordar as questões: dieta, o porquê da dieta cariogênica, higienização bucal, medicação empregada no tratamento do paciente, entre outros fatores, pode levar ao insucesso do tratamento odontológico e das consultas de manutenção preventiva, mesmo quando estas são agendadas segundo um protocolo de ação.

Tratar um paciente é o mesmo que cuidar. Neste aspecto é importante reconhecer o outro. Somente esta constatação pode orientar as bases para esta relação tão assimétrica entre médico e paciente. Ao se dirigir ao outro, é preciso que o ato seja livre de coerção, que não se obrigue o paciente a aceitar medidas, condutas ou prescrições decididas por aquele que cuida ou trata (COSTA, 2004, p.11).

Não se pode construir a integralidade e a equidade sem garantir o acesso universal a todos os níveis de atenção. Este ponto de vista implica o reconhecimento da ação recíproca entre as diversas políticas de saúde. Conforme o momento em que vive o indivíduo doente, a tecnologia de saúde que ele necessita pode estar em uma unidade básica (como a que conta o referido projeto de extensão) ou em algum serviço produtor de procedimentos mais sofisticados (SILVA e TAVARES, 2004, p.277). Como exemplos podem ser citados os casos em que o atendimento odontológico não pode ser realizado sob anestesia local. Dessa forma, o projeto de extensão referencia o usuário ao Centro de Saúde do qual ele está adscrito e essa instituição referencia o paciente à atenção secundária odontológica da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte ou diretamente ao Hospital Odilon Behrens, onde são atendidos os casos dos tratamentos odontológico que requerem anestesia geral.

Embora o contexto social seja percebido como fundamental no cuidado, as estratégias

promotoras de saúde não se articulam ao nível macro das relações. Isto é relevante nos casos em que existe uma demanda biológica explícita. Não existem ações intersetoriais planejadas e executadas por equipes de uma forma geral (ARCE e SOUZA, 2013, p.121). Os serviços devem se declarar impotentes para resolver as necessidades nas suas múltiplas dimensões. Demandas e necessidades não são as mesmas coisas, necessariamente. As necessidades podem estar associadas a desejos e aspirações subjetivas que muitas vezes não se relacionam aos sintomas que levaram à consulta. Os profissionais de saúde devem, portanto, lidar com seus limites e dificuldades (COSTA, 2004, p.14). Como exemplo desta situação neste projeto, tem-se aquele paciente com grande perda óssea do rebordo alveolar inferior que precisa de prótese total, implanto sustentada, para que seja garantida a estabilidade da prótese. Este é um trabalho de custo alto, que produz maiores resultados do ponto de vista ocluso funcional e de promoção da qualidade de vida do usuário, e que não é financiado pelo SUS. A realização de próteses totais tradicionais às quais o paciente não se adapta e, portanto não usa, inviabiliza a resolução do problema de reabilitação oral proposto.

Por causa dessas limitações tecnológicas que se apresentam com alto custo e grandes exigências estruturais para que sejam realizadas, a interdisciplinaridade se apresenta como proposta de reorientação e reorganização do conhecimento entre os níveis curativo e preventivo, entre o individual e o coletivo, adotando-se conceitos mais abrangentes de vigilância à saúde, em contraposição à natureza setorial característica da ação profissional na saúde (SILVA e SENA, 2007, p. 53).

No caso específico deste projeto, entende-se como fundamental a ação precoce aplicada aos bebês com deficiências neuromotoras, levando à suas famílias a orientação/discussão sobre hábitos a serem adotados como escolhas saudáveis para a vida deles. O papel deletério da mamadeira e da higiene bucal deficiente já foram devidamente estudados entre a população em questão (RESENDE et al., 2007; ROBERTO et al., 2012).

Esta atuação precoce junto à família dos pequenos pacientes, no sentido de orientar pais sobre como o processo da doença cárie se instala pode ser passível de críticas, apesar dos seus incontestáveis resultados para a saúde da população. Práticas de diagnóstico precoce e de prevenção para alguns

estudioso caracterizam um processo de medicalização, uma vez que não são demandas explícitas dos pacientes (ou de suas famílias no presente projeto). Por meio dessas ações, os profissionais podem invadir a vida privada das pessoas, ao propor mudanças de hábitos e atitudes na maneira de viver, regulamentando a saúde, os corpos e os comportamentos (COSTA, 2004, p.13). Observa-se, entretanto, que existe uma tendência a um aumento do consumo de sacarose à medida que a sociedade se desenvolve. Não era normal, por exemplo, na idade média, o consumo de carboidratos fermentáveis nos moldes da atualidade. Se este consumo de sacarose é encarado sob o ponto de vista cultural como uma manifestação de carinho explícita em mamadeiras, balas, pirulitos, ovos de páscoa de chocolate, entre outros, é necessário esclarecer para os pais e o paciente sobre o perigo do seu consumo desenfreado trazendo danos tanto para a dentição quanto para o restante do corpo. Não está claro para os autores que tal abordagem se trate de um processo de medicalização, mas sim de integralidade do cuidado. Atuando-se de acordo com a posição familiar, pode-se intervir, de forma integradora e no nível tecnológico, sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos, grupos sociais e meio ambiente (SILVA e TAVARES, 2004, p.274) e proporcionar, no futuro, a manutenção de uma boa qualidade de vida aos envolvidos.

5 Considerações Gerais

O projeto de extensão *Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais* apresenta grande impacto social em face da sua produtividade técnica e científica, bem como forte potencial de colaboração na inserção social do portador de deficiências de desenvolvimento. As dificuldades que se contrapõem ao exercício pleno da integralidade sempre se renovam e são enfrentadas com soluções inovadoras e criativas. A duração dessa parceria de trabalhos ininterruptos por 16 anos atesta o sucesso da cooperação intersetorial, em que não só o ensino é o foco de sua existência. Nesse âmbito fica caracterizada, na forma de interação e abrangência, a indissociabilidade entre o ensino-pesquisa-transformação e a relação dialógica com a sociedade, compromissos primordiais da extensão universitária.

Referências

ARAUJO, G. K. ; SOUZA, V. A. F. ; ABREU, M. H. N. G. ; RESENDE, V. L. S. ; CASTLHO, L. S. Fatores associados ao bruxismo entre portadores de deficiências. In: 30ª Reunião anual da SBPqO, 2013, Águas de Lindóia. **Brazilian Oral Research**, 2013. v. 27. p. 136-136.

ARCE V.A.R., SOUZA, M.F. Integralidade do Cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.1, p.109-123, 2013.

CASTILHO, L. S. ; CARVALHO, C. F. ; TOSO, F. P. ; JACOB, M. F. ; ABREU, M. H. N. G. ; RESENDE, V. L. S. . Utilização do INTO para Triagem de Grandes Grupos Populacionais. **Revista do CROMG**, Belo Horizonte, v. 6, p. 195-199, 2000.

CASTILHO, L.S.; RESENDE, V.L.S; SILVA, M.E.S; PACHECO A.; FRIAS, N; MOREIRA, E. Ensinando odontologia em cenários extramuros: uma parceria entre a Faculdade de Odontologia da UFMG, Associação Mineira de Reabilitação e uma escola para portadores de deficiências neuromotoras. **Extramuros- Revista de Extensão da UNIVASF**. Petrolina, v.1, n.1, p. 97-107, 2013 a.

CASTILHO, L.S.; RESENDE, V.L.S; BARROS, A.C.P; LACERDA, D.C. S; MARQUES, M.E;; FRIAS, N.C; PACHECO A. O. Atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais: Considerações a respeito de um projeto de extensão. **Revista ELO - Diálogos em Extensão**, Viçosa, v.2, n.1, p.15-32, julho 2013b.

COSTA A.M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.5-15, set-dez 2004.

MACHADO, MFAS MONTEIRO , EMLM QUEIROZ DT, VIEIRA NFC BARROSO MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

O'DWYER , G., REIS, D.C.S., SILVA, L.L.G. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.3, p.3351-3360, 2010

SILVA J.P.V., TAVARES C.M.M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2 n. 2, p. 271-285, 2004

SILVA K.L., SENA R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP** v.42, n.1, p.48-56, 2008.

UCHÔA, A.C., VIEIRA R.M.V., ROCHA P.M., ROCHA N.S.D., MAROTO R.M. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. 1, p. 385-400, 2012.

Recebido em: 13/05/2014

Aprovado em: 26/11/2014