

JOSÉ REYNALDO FIGUEIREDO

**Campo institucional da Odontologia para
Pacientes com Necessidades Especiais
na região metropolitana de São Paulo**

São Paulo

2010

JOSÉ REYNALDO FIGUEIREDO

**Campo institucional da Odontologia para
Pacientes com Necessidades Especiais
na região metropolitana de São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Doutor, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes

São Paulo

2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Figueiredo, José Reynaldo

Campo institucional da Odontologia para pacientes com necessidades especiais na região metropolitana de São Paulo / José Reynaldo Figueiredo; orientador José Leopoldo Ferreira Antunes. -- São Paulo, 2010.

164p.; 30 cm.

Tese (Doutorado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Odontologia – Paciente especial – Estudo e ensino. 2. Currículo de ensino superior – Odontologia para pacientes especiais – Proposta. 3. Educação em Odontologia . I. Antunes, José Leopoldo Ferreira. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Figueiredo JR. Campo institucional da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais na região metropolitana de São Paulo. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / /2010

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

**Para meus pais, Maura e Adhemaro,
pela minha formação, pelo meu caráter,
pela minha vida, por tudo que sou.
Por meu passado.**

**Para minha esposa, Marisa,
por seu companheirismo, por seu apoio,
por sua compreensão, por seu amor.
Por meu presente.**

**Para meus filhos, Marina e Lucas,
por me fazerem ver que o melhor
da vida é tê-los ao meu lado.
Por meu futuro.**

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Um professor de filosofia sobe a cátedra e, antes de iniciar a aula, tira da pasta uma grande folha branca com uma pequena mancha de tinta no meio. Dirigindo-se aos estudantes, pergunta:

“O que vocês estão vendo aqui?”

“Uma mancha de tinta”, respondeu alguém.

“Bem”, continua o professor “assim são os homens: vêem apenas as manchas, até as menores, e não, a grande e maravilhosa folha branca que é a vida”

Buttafava (escritor italiano, 1918-1983), La vita è bella monostante.

As oportunidades que realmente valem a pena não caem do céu tão facilmente. São difíceis de acontecer, é assim como ganhar na loteria sozinho. Eu ganhei duas vezes.

Ter a oportunidade de conhecer o Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes, e tê-lo como orientador é para poucos privilegiados e eu fui um deles. Estive compartilhando de seus ensinamentos no Mestrado e agora no Doutorado.

O Leo mostrou-nos mais do que uma mancha de tinta em nossa carreira acadêmica, mostrou-nos a beleza de uma folha branca que pôde ser preenchida de contornos, traçados, motivos e principalmente de idéias.

O Leo me orientou, participou de minhas angústias e apreensões, mas estava sempre ali ao lado, mostrando o melhor caminho.

Soube recentemente que o Prof. Leopoldo estava rumando para a faculdade de Saúde Pública da USP. Para ele toda a sorte e sucesso do mundo. Para a FOUSP e para a Odontologia uma perda irreparável.

Meu agradecimento sincero e que possamos continuar nossa amizade e se o tempo não colaborar, ao menos o “cafezinho da padaria”.

AGRADECIMENTOS

A Marcela, pelo incentivo e por sempre se colocar a disposição para mais uma dica, uma palavra de apoio, um telefonema tarde da noite.

Aos colegas do Setor de Odontologia da AACD: Rachel, Ana Paula, Ana Ikeda, Ana Cláudia, Jô e Marcelo, pelo apoio e cooperação nessa jornada. Aos estagiários e residentes que me ajudaram no dia-a-dia da AACD.

Aos amigos da ABOPE, Marcello, João Jr., Valente, Leda e Thaís, por trilharem o mesmo caminho, pelo respeito e compreensão dos nossos “especiais” e suas necessidades odontológicas.

Ao pessoal do consultório: Mara, Sueli, Priscila e Renata, por suprirem minhas ausências e compreenderem meus contratempos e compromissos.

Aos professores do departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da USP, pelo respeito e apoio que sempre demonstraram.

À Sônia, à Andréia, à Laura e à Cátia, pela atenção e disponibilidade.

As bibliotecárias do SDO, pela dedicação e inestimável ajuda na confecção desse trabalho.

Aos gestores das instituições analisadas, pela disponibilidade, paciência e respeito com que me receberam.

A todos, familiares e amigos, que compartilharam dessa “maratona”.

Aos meus pacientes especiais e seus cuidadores, que me ensinam a cada dia o quanto tenho agradecer a DEUS PAI.

“A deficiência não é uma coisa desejável, e não há razões para crer no contrário. Quase sempre causará sofrimento, desconforto, embaraço, lágrimas, confusão e muito tempo e dinheiro. Em algum lugar, enquanto você lê essas linhas, uma criança está nascendo com uma limitação. Talvez a cegueira, que tornará a grandeza de uma cadeia de montanhas a distância um mistério por toda a vida. Ou a surdez, impossibilitando que a criança conheça o barulho do mar ou a maravilha de uma cantata de Bach. Talvez a paralisia cerebral ou a espinha bífida negará ao indivíduo a experiência de correr contra o vento ou de se tornar um atleta. Pode haver uma lesão no cérebro, o que terá um efeito mais sutil e disfarçado sobre o comportamento e o aprendizado futuros ou ocasionará ataques ou um irreparável retardamento mental. Porém, os defeitos de nascimento não são os únicos responsáveis pelas deficiências. Neste momento, também, uma criança ou um adulto está sofrendo um acidente, talvez passeando de carro em uma bela tarde de domingo e, de repente, no descuido de um segundo, tornando-se permanentemente limitado, com o cérebro lesado, os membros mutilados, a mente consumida. Ou talvez esteja escorregando no banheiro, sendo atingido na cabeça por uma bola, por uma prancha ou tropeçando no tapete. Ninguém está livre de uma possível deficiência irreparável. Essas pessoas podem ser ricas ou pobres, cultas ou sem instrução, felizes ou infelizes. O que todas têm em comum é o confronto com uma realidade nova, inesperada, possivelmente devastadora. O ajustamento a esta realidade pode exigir-lhes uma drástica mudança em seu modo de vida, na profissão, nas esperanças para o futuro e nos planos para alcançar seus objetivos.”

“Há uma história espanhola ao mesmo tempo divertida e perturbadora que fala de uma terra onde os habitantes, um a um, descobrem que estão desenvolvendo caudas! Para o seu horror, os primeiros a produzirem tal apêndice, semelhante aos dos macacos, fazem o que podem para escondê-lo. Desajeitadamente enfiam suas caudas em calças e camisas largas a fim de ocultar sua estranheza. Mas ao descobrirem que todos estão desenvolvendo caudas, a história muda de modo drástico. Na verdade, a cauda revela-se de grande utilidade para carregar coisas, para dar maior mobilidade, para abrir portas quando os braços estiverem ocupados. Estilistas de moda começam a criar roupas para acomodar, na verdade, acentuar e liberar as recém-formadas caudas. Logo, começam-se a usar adornos para chamar a atenção a esta novidade. Então, de repente, aqueles que não desenvolveram caudas são vistos como esquisitos, e começam freneticamente a procurar formas de esconder tal fato, comprando caudas postiças ou retirando-se completamente da sociedade “de cauda”. Que vergonha, não ter cauda!”

Leo Buscaglia: “Os deficientes e seus pais”

“Diagnosticaram uma paralisia cerebral em meu filho. Vista de fora, uma notícia desesperadora. De dentro, é muito diferente. Um filho com paralisia cerebral é a experiência mais empolgante que existe. Eu nunca havia imaginado que isso fosse possível. Mas é. A principal característica de uma criança com paralisia cerebral é a dificuldade que ela encontra para vencer a força da gravidade. O que ela precisa aprender a fazer, desde o nascimento, é responder aos golpes desse seu adversário gravitacional. É a luta do intelecto contra a natureza selvagem. A metáfora perfeita da história da humanidade, Davi contra Golias, Dr. Jeckyll contra Mr. Hyde. Uma criança com paralisia cerebral é como a maçã de Newton, que, caindo, revela os mecanismos secretos de funcionamento do mundo. A paralisia cerebral de meu filho também me fez compreender o peso das palavras. Para mim, o politicamente correto era puro folclore americano. Já não penso assim. Paralisia cerebral é um termo que dá medo. Agora cultivo a esperança de que nos próximos anos a ciência invente algum remédio capaz de facilitar a vida de meu filho. E, se não inventar, paciência: passei a acreditar na força do amor”.

Diogo Mainardi: “Meu pequeno Búlgaro” e “Uma metáfora perfeita”

“De acordo com a mitologia, os avestruzes são adeptos da filosofia: “aquilo que os olhos não vêem o coração não sente”. Muitos acreditam que ao perceber sinal de perigo, como um leão se aproximando, os avestruzes enterram sua cabeça na terra, como se o perigo não existisse. Tudo acabaria bem se a ameaça não fosse real, mas agindo assim, o avestruz acaba na barriga do leão. Li recentemente uma comparação feita entre avestruzes e portadores de doenças crônicas e fiquei bastante intrigada. O artigo concluía que esses pacientes não tomam seus medicamentos, pois são adeptos da filosofia dos avestruzes: acham que, não percebendo, a doença não existe. Não concordo. Acho que o autor caiu na lenda do avestruz e não reparou nas qualidades e habilidades do animal e dos pacientes. Ele não deve saber o que é travar uma batalha diariamente, do alerta que os pacientes têm diante de situações aparentemente normais do dia-a-dia e também não deve saber da audição e visão aguçadas do avestruz, que permitem prever o perigo à distância. Esses animais quando correm, conseguem atingir 65 km por hora, fugindo do seu predador. Sabemos que o leão existe mesmo quando fechamos os olhos!”

Carol Naumann: Blog Pérolas, Diabetes e Leitura

RESUMO

Figueiredo JR. Campo institucional da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais na região metropolitana de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.

O objetivo desse estudo foi avaliar a implementação da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais como especialidade odontológica e sua projeção institucional na região metropolitana de São Paulo, no que diz respeito à formação de profissionais e provisão de serviços nessa área. Espera-se com a descrição e análise dos serviços avaliados, contribuir para o desenvolvimento de rotinas de atendimento aos pacientes com necessidades especiais, por parte de entidades e profissionais, bem como incentivar instituições formadoras a incrementar a oferta de recursos didáticos e motivar as entidades que não disponibilizam essa atividade aos seus educandos que o façam. Foram analisados três ambientes, nos quais o paciente com necessidades especiais pode receber atendimento odontológico e estudantes e profissionais formados podem receber educação odontológica na especialidade – doze faculdades de Odontologia, três cursos de especialização e três centros de atendimento especializados. Em função da amplitude temática e institucional envolvida, propôs-se o seguinte recorte: pacientes com paralisia cerebral (representando o grupo de pacientes com deficiências neurológicas ou psicomotoras), pacientes com aids (representando o grupo de pacientes com doenças infecto-contagiosas) e pacientes com diabetes (representando o grupo de pacientes com doenças crônicas). Por meio de entrevistas semi-estruturadas, professores, gestores e cirurgiões-dentistas foram convidados a fornecer informações sobre as estruturas de suas unidades e o modelo educacional proposto a seus orientandos. Concluiu-se que a Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais é uma realidade no contexto urbano pesquisado. As instituições estudadas proporcionam serviços relevantes aos pacientes com necessidades especiais, porém o sistema educacional nessa área emergente da Odontologia ainda não supre as necessidades odontológicas desses pacientes, e as faculdades não contemplam adequadamente a formação de seus alunos com uma visão holística desses pacientes, deixando a desejar no cumprimento de sua

obrigação social de integração e inclusão dos pacientes com necessidades especiais. Propugna-se que a Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais deva ser inserida nas grades curriculares das faculdades de Odontologia como uma disciplina essencial na formação técnica e humanística do futuro cirurgião-dentista.

Palavras-chave: Odontologia – Paciente especial – Estudo e ensino. Currículo de ensino superior – Odontologia para pacientes especiais - Proposta. Educação em Odontologia.

ABSTRACT

Figueiredo JR. Institutional field of Special Care Dentistry at the metropolitan region of São Paulo [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.

The aim of this study was to evaluate the implementation of Special Care Dentistry as dental specialty and its institutionalization in the metropolitan region of Sao Paulo, as regards professional training and the provision of services in this area. It is hoped that the description and analysis of evaluated services, contribute to improve the provision of services aimed at these patients by institutions and professionals, as well as encouraging educational institutions to increase the supply of teaching resources and motivate entities that do not offer this activity to their students to do so. We analyzed three environments in which the patient with special needs can receive dental care and dental students and professionals can receive dental education in the specialty - twelve dental schools, three courses of specialization and three specialized centers for dental services. In accordance with the scope and institutional themes involved, we selected patients with cerebral palsy (representing the broad group of patients with neurological or psychomotor deficits), AIDS patients (representing the broad group of infectious diseases) and patients with diabetes (representing the broad group of chronic diseases). Managers, teachers and dentists were asked to provide information about the structures of its units and the educational model proposed to their students by answering to semi-structured interviews. We concluded that the Special Care Dentistry is a reality in the urban setting researched. The institutions studied provide relevant services to patients with special needs, but the educational system in this emerging area of dentistry does not meet the needs of dental patients, and colleges do not address adequately the education of its students with a holistic view of these patients, and do not fulfill their social obligation to integrate and include patients with special needs. We advocate that the Special Care Dentistry must be included in the curricula of dental schools as an essential discipline in the humanities and technical training of future dentists.

Keywords: Dentistry – Special patient – Study and teaching. Curriculum education, higher – Special Care Dentistry – Propose. Education (Dental).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD	Associação de Assistência à Criança Deficiente
ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ADA	American Diabetes Association
ADA	American Dental Association
ADJ	Associação de Diabetes Juvenil
ADPD	Academy of Dentistry for Persons with Disabilities
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ANAD	Associação Nacional de Assistência ao Diabético
ANEO	Assembleia Nacional das Especialidades Odontológicas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APCD	Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
ASB	Assistente em Saúde Bucal
BSDH	British Society for Disability and Oral Health
CAPE	Centro de Atendimento a Pacientes Especiais
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CD-ROM	Compact Disc Read-Only Memory
CEAPE	Centro de Estudos e Atendimento a Pacientes Especiais
CET	Comissão de Ensino e Treinamento
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CFO	Conselho Federal de Odontologia
COI	Clínica Odontológica Integrada
CRT	Centro de Referência e Treinamento

DOANAD	Departamento de Odontologia da ANAD
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da America
FO	Faculdade de Odontologia
FUNDECTO	Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HTLV	Human T Lymphotropic Virus
IADH	International Association for Disability and Oral Health
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LADA	Latente Autoimmune Diabetes in Adults
KS	Sarcoma de Kaposi
MAC	Mycobacterium avium
MEC	Ministério de Educação e Cultura
mg / dL	miligramas por decilitro
MMWR	Morbidity and Mortality Weekly Report
NDEP	National Diabetes Education Program
NEANE	Núcleo de Estudos e Atendimento a PNE
NIAID	National Institute of Allergy and Infectious Diseases
NIDCR	National Institute of Dental and Cranofacial Research
NIDDK	National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases
NINDS	National Institute of Neurological Disorders and Stroke
NIH	National Institutes of Health
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OPNE	Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais
PC	Paralisia Cerebral
PCP	Pneumocystis carinii Pneumonia
PNE	Paciente/Pessoa com Necessidade Especial
SACSCD	Specialist Advisory Committee for Special Care Dentistry
SAME	Sistema de Arquivo Médico e Estatística
SCD	Special Care in Dentistry
TOTG	Teste Oral de Tolerância à Glicose
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBC	Universidade Braz Cubas
UMC	Universidade de Mogi das Cruzes
UMESP	Universidade Metodista de São Paulo
UNG	Universidade de Guarulhos
UNIB	Universidade Ibirapuera
UNIBAN	Universidade Bandeirantes
UNICASTELO	Universidade Camilo Castelo Branco
UNICID	Universidade Cidade de São Paulo
UNICSUL	Universidade Cruzeiro do Sul
UNIFMU	Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIP	Universidade Paulista
UNISA	Universidade de Santo Amaro
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1	Breve histórico da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais..	19
2.2	“Cuidados especiais” em Odontologia	22
2.3	Formação do cirurgião-dentista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.....	24
2.4	Especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	37
2.5	Paralisia cerebral	46
2.6	HIV/AIDS.....	54
2.7	Diabetes.....	64
3	PROPOSIÇÃO	76
4	MATERIAL E MÉTODO	77
5	RESULTADOS	82
5.1	Cursos de graduação em Odontologia.....	82
5.2	Especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	102
5.3	Unidades de atendimento especializado.....	116
6	DISCUSSÃO	130
6.1	Ensino odontológico.....	130
6.2	Especialização em OPNE	133
6.3	Centro de atendimento: Paralisia Cerebral	136
6.4	Centro de atendimento: HIV/AIDS	137
6.5	Centro de atendimento: Diabetes	141
6.6	Limitações do Estudo.....	143
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
	REFERÊNCIAS	148
	ANEXO	161
	APÊNDICES	162

1 INTRODUÇÃO

“As pessoas deficientes gozarão de todos os direitos estabelecidos a seguir nesta Declaração.

Estes direitos serão garantidos a todas as pessoas deficientes sem nenhuma exceção e sem qualquer distinção ou discriminação

com base em raça, cor, sexo, língua,

religião, opiniões políticas ou outras,

origem social ou nacional, estado de saúde,

nascimento ou qualquer outra situação

que diga respeito ao próprio deficiente ou a sua família”.

(Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, Art.2)

A Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), através de sua Resolução n.º 542 de 9 de dezembro de 1975, proclamou a Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências. Dentre as diretrizes aprovadas, estabelecia-se o respeito devido à pessoa com deficiência, assim como seu direito ao gozo de uma vida digna. Especificamente em seu Art. 6, propunha-se que as pessoas deficientes teriam direito a tratamento médico, psicológico e funcional, reabilitação médica e social além de outros serviços que acelerassem o processo de integração social. A Declaração solicitava aos Estados Membros que adotassem medidas em planos nacionais e internacionais para o apoio e proteção dessas pessoas (United Nations, 1975).

Pode-se dizer que a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, acatou as recomendações, pois vários dispositivos relacionados aos direitos dos portadores de deficiências foram criados. Em especial, o Art. 23, inciso II, atribui como competência comum da União, Estados e Municípios cuidarem da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. O Art. 203, inciso IV, determina que a assistência social seja prestada a quem dela necessitar, tendo por objetivo a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência, assim como a promoção de sua integração à vida comunitária (Brasil, 1988).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia que 10% da população de um país são portadoras de algum tipo de deficiência. Segundo a ONU, o mundo abriga mais de 500 milhões de pessoas nessas condições, das quais 80% vivem em países em desenvolvimento. Entretanto, dados do último censo brasileiro demonstram que os números podem ser ainda mais elevados. Os resultados obtidos pela Tabulação Avançada do Censo Demográfico 2000 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2002) indicam que aproximadamente 27 milhões de pessoas, ou 14,5% dos brasileiros, apresentam algum tipo de incapacidade ou deficiência. indicaram que esse percentual é bastante superior ao encontrado nos levantamentos anteriores – menos de 2% observado no Censo de 1991. Isto não ocorreu porque tenha aumentado a incidência de deficiências, mas pela mudança dos instrumentos de coleta de dados, por força das últimas recomendações da OMS de incorporar ao universo dos deficientes aqueles com “alguma ou grande dificuldade de andar, ouvir ou enxergar”. Tal inovação permite realizar um diagnóstico diferenciado de acordo com o grau de deficiência. Porém, o aumento do número de deficientes não se deve apenas por mudanças metodológicas, mas também pelo envelhecimento da população que vem acompanhado de algumas limitações nas capacidades físicas e mentais (Brasil, 1995; Neri; Soares, 2004).

Considerando que uma família brasileira média é composta de três ou quatro pessoas, poderíamos ter quase 100 milhões de pessoas direta ou indiretamente envolvidas com os portadores de deficiência ou incapacidade.

Em 2001, o Conselho Federal de Odontologia (2002), na 2ª Assembléia Nacional das Especialidades Odontológicas (ANEO), reconheceu uma nova especialidade, a Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. Por meio da resolução 25/2002 de 15 de maio de 2002, em seu Art 4, resolve que: As áreas de competência para atuação do especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais incluem:

- a) Prestar atenção odontológica aos pacientes com graves distúrbios de comportamento, emocionalmente perturbados;
- b) Prestar atenção odontológica aos pacientes que apresentam condições incapacitantes, temporárias ou definitivas a nível ambulatorial, hospitalar ou domiciliar; e,

- c) Aprofundar estudos e prestar atenção aos pacientes que apresentam problemas especiais de saúde com repercussão na boca e estruturas anexas.

Uma das dificuldades para a provisão de atendimentos aos PNE consiste na grande heterogeneidade de sua composição. Stiefel et al. (1984) sustentam que grupos com deficiências, pacientes institucionalizados, portadores de doenças crônicas ou contagiosas, entre outros, recebem atenção odontológica de maneira segmentada e não-uniforme. Os obstáculos encontrados por esses pacientes na obtenção de atenção odontológica poderiam ser reduzidos por iniciativas das Faculdades de Odontologia, pelo serviço público na gestão de suas unidades de atendimento; por centros de referência públicos ou privados quando da formação, capacitação de seus alunos e seus dos profissionais.

Em 1981, sob os auspícios da Associação Americana de Odontologia (ADA), os periódicos da Associação Americana de Dentistas de Hospitais, da Academia de Odontologia para Pessoas com Deficiências e da Sociedade Americana para Odontologia Geriátrica uniram-se para formar um único periódico: *Special Care in Dentistry* (SCD). Esta foi a primeira vez que em o termo “*special care*” (cuidados especiais) foi usado dentro da profissão (Ettinger et al., 2004).

Glassman e Miller, em 1998, propuseram que o termo “paciente com necessidades especiais” (PNE) se referia às pessoas que apresentavam condições médicas, sociais, psicológicas, ou físicas que os diferenciavam das demais. Isso tornava necessário modificar o curso normal de um tratamento odontológico. Para Ettinger (2000), os termos “*Special Care Dentistry*” e “*Special Needs Dentistry*” tornaram-se essencialmente sinônimos.

Seguindo essa diretriz, a Odontologia passou a utilizar a denominação “pacientes com necessidades especiais”. Em nível internacional, a International Association for Disability and Oral Health (2001) incluiu, além dos portadores de deficiência, pessoas com restrições de capacidades advindas da idade ou de agravos adquiridos, os quais limitam sua função intelectual, física ou social; essa associação atua no incentivo ao desenvolvimento da pesquisa, educação e tratamento da saúde bucal de pessoas com condições incapacitantes.

Para Chalmers (2001), a grande variedade de denominações e experiências clínicas poderia ser fonte de confusão e obstáculos no reconhecimento da importância do atendimento odontológico especial e sua formalização nos programas de graduação e pós-graduação.

Um fator mais importante, entretanto, parece ser que estudantes não estão sendo suficientemente expostos à experiência de atendimento clínico de PNE durante sua graduação e pós-graduação (Steinberg, 2005). Segundo Bernick (2001), presidente da *Academy of Dentistry for Persons with Disabilities* (ADPD), mais faculdades de odontologia proviam cursos didáticos e clínicos para atendimento de PNE durante as décadas de 60 e 70 do que hoje.

Mediante a importância do tema da atenção odontológica aos PNE, o presente estudo propõe-se descrever e analisar a institucionalização da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais na região metropolitana de São Paulo, com dados concernentes à habilitação profissional. Com isso, se pretende que a Odontologia ministrada em nosso meio venha a contribuir, tanto para a eliminação do preconceito e do estigma, quanto para a formação e a instrução de estudantes e profissionais dedicados a essa causa.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Breve histórico da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais

“Por muitos anos a atenção odontológica para pessoas com necessidades especiais manteve-se no limbo. Quarenta anos atrás, poucas faculdades de Odontologia incorporavam em seus currículos temas sobre o assunto, deixando de encorajar tratamentos adequados. Pesquisas, no início das décadas de 40 e 50, mostraram a inexperiência dos dentistas em tratar os PNE, assim como o alívio deles em não ter esses pacientes no consultório. O que temos hoje é resultado da dedicação abnegada de um pequeno número de corajosos profissionais, que sem pensar em ganhos pessoais, mas ansiosos para compartilhar seus conhecimentos, sabedoria e interagindo com o restante da Odontologia”.
Album (1988)

Em 1921 o Dr. William Gies foi escolhido para realizar um estudo sobre o desenvolvimento da profissão e avaliação das escolas de Odontologia nos Estados Unidos (EUA). Na época havia 43 cursos de Odontologia e em nenhum deles constava menção sobre experiências educativas em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE), embora vinte deles oferecessem experiências clínicas em outras instituições como hospitais, asilos para deficientes intelectuais, auditivos e visuais (Nowak, 1979).

Mugayar (2000) relatou que em meados da década de 30, dois dentistas americanos decidiram agrupar indivíduos que apresentavam desvios de padrão de normalidade, especificamente deficiência física e intelectual que os impedia de receber tratamento odontológico regular e os denominaram *handicapped*. Esta

terminologia foi difundida em vários países, sendo traduzida no Brasil pela expressão “pacientes excepcionais”.

Com o passar dos anos essa terminologia acabou por se tornar extremamente restritiva e foi substituída por “paciente especial”, por ser mais abrangente e englobar outras alterações além das deficiências físicas e intelectuais. Atualmente o termo “paciente com necessidades especiais” (PNE) é considerado mais elucidativo (Haddad; Magalhães, 2007).

Manuel Album começou sua carreira na Universidade da Pensilvânia em 1955, ele é considerado o pioneiro no atendimento de crianças e pacientes com deficiência. Album foi chefe do serviço de Odontologia do *Children’s Hospital of Philadelphia* e criou o primeiro programa de pós-graduação nos EUA para treinar estudantes nos cuidados odontológicos dos PNE. Em 1962 ele se tornou diretor de uma nova clínica para crianças com deficiências na Faculdade de Odontologia da Universidade da Pensilvânia. Album também foi fundador da *Academy for Oral Rehabilitation of Handicapped Persons* e foi fundador e presidente da *American Society of Dentistry for Children* (Album, 1998).

Fazendo uma revisão do passado e projetando o futuro para a OPNE, Album (1990) comentou que na *First International Conference on Dentistry for the Handicapped*, realizada em 1971, nos Estados Unidos, já se cobrava a necessidade da OPNE ter sua importância reconhecida pelo Governo Federal americano, pois poderia contribuir no planejamento e desenvolvimento de políticas para melhor entender os novos conceitos nos cuidados dos portadores de deficiência.

Waldman e Perlman (2002) relataram que, num artigo publicado no *Journal of Dental Education* em 1957, “estudos sobre Odontologia para crianças com deficiência era relativamente novo no currículo das faculdades de Odontologia”. Mesmo no início da década de 70, o tema não era considerado essencial na formação dos estudantes de Odontologia. Em 1979, na Conferência Nacional de Assistência Odontológica para Deficientes, os americanos reconheceram que uma das principais necessidades de saúde não satisfeitas nos Estados Unidos era o inadequado atendimento odontológico aos PNE.

Nos anos 70, o número de escolas de Odontologia com programas para PNE aumentou, principalmente por intermédio da Fundação Robert Wood Johnson (EUA) que destinou quase cinco milhões de dólares para que um grupo de 11 escolas desenvolvesse projetos específicos para os pacientes portadores de deficiências. Esse programa piloto foi desenvolvido durante um período de quatro anos e foi destinado a fornecer informações necessárias a respeito de conteúdos disciplinares e métodos de ensino. Era um projeto de esforço nacional para instruir e estimular estudantes de Odontologia no atendimento de PNE (Nowak, 1979; Waldman; Perlman, 2002).

No Brasil, a OPNE surgiu em consequência de movimentos importantes de grupos de cirurgiões-dentistas interessados em aprimorar seus trabalhos e diminuir suas dificuldades no tratamento das pessoas portadoras de deficiências. Não havia profissionais capacitados para atender a enorme população de deficientes. Movimentos iniciais em 1970 e 1972 culminaram com a formação do Grupo de Estudos de Odontologia para Excepcionais, que foi apoiado pela Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (APCD) em março de 1973 (Fourniol, 1998).

Em 1971 um grupo de profissionais com ideais comuns reuniu-se em Atlantic City, EUA, para o primeiro "*International Congress on Dentistry for the Handicapped*", sob o patrocínio da *American Society of Dentistry for Children*, para discutir a possibilidade de formar uma sociedade internacional para o atendimento odontológico ao PNE. Representantes de diferentes grupos em vários países concordaram em formar a *International Association of Dentistry for the Handicapped*, com o objetivo de educar e divulgar informações e promover a formação e integração de associações nacionais (International Association for Disability and Oral Health, 2010).

Em 1974, o Brasil foi representado no I Congresso Internacional de Odontologia para Pacientes Especiais e, em 1976, participou do II Congresso Internacional de Odontologia para Pacientes Especiais, já com uma entidade nacional denominada Sociedade Brasileira de Odontologia para Excepcionais, que foi convidada a se filiar à *International Association of Dentistry for the Handicapped* a fim de compartilhar pensamentos e objetivos (Fourniol, 1998).

Em 1979 esta Sociedade passou a denominar-se Associação Brasileira de Odontologia para Pacientes Especiais, conhecida pela sigla ABOPE. Nas suas atividades a ABOPE chamou a atenção de outros profissionais ligados à área de saúde, para fortalecer uma atuação multidisciplinar. A ABOPE tem como objetivo promover atividades científicas odontológicas e multidisciplinares, atuar como fórum de debates para troca e divulgação de informações na área de PNE e representar essa área perante organizações nacionais e internacionais (Associação Brasileira de Odontologia para Pacientes Especiais, 2010).

A IADH realiza congressos internacionais a cada dois anos, em vários locais ao redor do mundo. O nome da associação foi, entretanto, alterado para “International Association for Disability and Oral Health” (2010), para refletir a filosofia social atual e também para abranger todos os aspectos da saúde bucal e não apenas a Odontologia. Em outubro de 2008, a ABOPE realizou o 19º Congresso Internacional da IADH em Santos, São Paulo (Associação Brasileira de Odontologia para Pacientes Especiais, 2010).

2.2 “Cuidados especiais” em Odontologia

"A Odontologia tem muito a oferecer à causa de milhões de pessoas com deficiências, em todo o mundo. A qualidade dos cuidados odontológicos contribuem, não somente para a saúde básica, mas também para o desenvolvimento da própria imagem e da imagem social que é absolutamente essencial para emergir às pessoas com deficiências da eterna opressão, segregação, dependência e pobreza".

Dart (1988)

Fenton, em um editorial publicado em 1999, observou que "as pessoas com deficiências necessitam de serviços odontológicos mais abrangentes e não apenas de promessas de serviços."

Tomita e Fagote (1999) declaram que a situação de saúde bucal dos PNE tem sido pouco estudada e dados fidedignos são escassos no Brasil. Esta realidade atinge cerca de 15 milhões de PNE, em sua maioria assistidos esporadicamente, em caráter de benemerência. A falta de vivência clínica dos cirurgiões-dentistas e de recursos odontológicos, mesmo nos centros hospitalares, para tratamento preventivo, cirúrgico-restaurador e reabilitador e a falta de recursos financeiros, contribuem para que sejam adotadas soluções extremas, como exodontias múltiplas. Aos aspectos técnico-administrativos citados, soma-se a inexistência, até então, de diretrizes voltadas à assistência ao paciente especial. Diante desta realidade, sublinhou-se a necessidade da implantação de programas de educação e prevenção, através da integração dentista-paciente especial-pais.

No ano 2000, um importante documento técnico do serviço público de saúde americano descreveu as disparidades em saúde bucal que afetavam as populações mais carentes do ponto de vista socioeconômico. Além de apresentarem piores condições de saúde bucal, as pessoas com necessidades especiais também foram incluídas dentre as que mais tinham dificuldades no acesso ao tratamento odontológico (United States, 2000).

Apesar dos esforços da sociedade para acolher os indivíduos com necessidades especiais o acesso aos cuidados de saúde bucal para eles é reconhecido como sendo limitado; seja pela incapacidade dos cuidadores em identificar a causa ou avaliar adequadamente a condição bucal do paciente, seja pela incapacidade dos mesmos em expressar seu desconforto ou dor, ou ainda pela dificuldade de receber atendimento, pois alguns cirurgiões-dentistas não se julgam aptos a realizar o tratamento odontológico nessa população (Hennekim et al., 2000).

Loeppky e Sigal (2006) afirmaram que algumas pessoas têm condições especiais de saúde que requerem tratamento médico com intervenções ou a utilização de serviços ou programas especializados. Essas condições podem ser

desenvolvidas ou adquiridas e podem limitar ou alterar substancialmente as atividades de vida diária. Os PNE podem exigir cuidados dentários para além do que é habitual, exigindo um cuidado extraordinário por causa de sua condição médica ou limitações e isso pode exigir dentistas especializados. Para os autores, os PNE podem experimentar dificuldades na obtenção de cuidados odontológicos e várias razões para isso foram identificadas:

- O reembolso pelos serviços odontológicos pode ser inadequado.
- Muitos dentistas não foram treinados para tratar PNE.
- Alguns pacientes não colaboram durante o tratamento.
- Alguns dentistas acreditam ser necessário equipamentos não usuais.
- Os dentistas estão muito ocupados com outros pacientes.

2.3 Formação do cirurgião-dentista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais

“A Faculdade de Odontologia é um momento magnífico na vida de qualquer jovem dentista. Um ambiente favorável é de extrema importância. É responsabilidade de todas as instituições odontológicas ensinar mais de como restaurar um dente ou fazer uma profilaxia oral. Ela também deve ensinar os alunos a compaixão, empatia, carinho e paixão, produzindo talentos e recursos para suas comunidades, para as escolas e para a profissão. Os benefícios do modelo humanista são de longo alcance. Espero poder ajudar a abrir os olhos dos educadores e ajudá-los a perceber que alunos de Odontologia, invariavelmente, tornam-se seus colegas. Tratá-los com respeito, como colegas em formação desde o primeiro dia. Os estudantes, a universidade, os próprios educadores e, sobretudo, a nossa profissão verá benefícios fantásticos para os anos vindouros.”

Morton (2008)

Treino, técnicas e educação especiais são necessários para preparar o cirurgião-dentista para cuidar dos PNE. Para Giangregio (1983), a menos que o jovem profissional tenha sido exposto a essa situação, ele terá medo ou não se sentirá à vontade para fazê-lo. Quando e como esta educação deve ser disponibilizada é controverso. A autora sintetizou a opinião de dois renomados professores de universidades americanas. A Dra. Stiefel, da Universidade de Washington, propugnava que essa formação devesse se iniciar na graduação, visando treinar estudantes de Odontologia e TSB para respeitar, entender e servir o PNE com conhecimento e disposição e prover tratamento de qualidade a baixo custo, incluindo os pacientes institucionalizados e idosos. Na graduação, o atendimento deveria ocorrer na clínica integrada, sempre que possível, com cursos intra e extramuros complementando a experiência clínica. No curso extramuros os estudantes selecionariam os locais oferecidos como asilos ou instituições diversas. Na pós-graduação, os estudantes deveriam cuidar de pacientes afetados de modo mais severo por suas deficiências. O Dr. Posnick, da Universidade de Louisville, apesar de achar notável o programa de graduação da Universidade de Washington, não avaliava esse programa como de todo bem sucedido para a formação dos profissionais da OPNE. Em sua opinião, a sobrecarga de disciplinas durante a graduação dificultaria transmitir uma necessária visão geral sobre o paciente especial. Segundo ele, os graduandos precisariam adquirir uma experiência clínica inicial antes de se dedicarem aos PNE. Além disso, ele observava que os estudantes de graduação poderiam recriar o atendimento de pacientes institucionalizados. A Dra. Stiefel, por outro lado, afirmara que os alunos de graduação têm uma atitude pragmática, e só atenderão aos PNE quando formados caso tenham sido capacitados. A opinião dos dois professores convergia em um aspecto: a necessidade de formação qualificada em nível de pós-graduação.

Bedi et al. (1986) afirmaram que a atitude favorável dos profissionais aos PNE não seria motivada apenas pela exposição de estudantes a grupos desses pacientes. Caso a experiência não seja segura, ela pode ser contraproducente. Nesse sentido, o projeto de formação em OPNE em nível de graduação deve ser integrado em um curso bem estruturado, pois haverá a necessidade da cooperação de vários especialistas e departamentos.

Kimmelman (1989) considerou que metade da população nos Estados Unidos vai ao dentista ao menos uma vez ao ano, a outra metade, que não vai, incluiria aqueles com severas deficiências. Para estes indivíduos a boca pode ser a linha da vida, local da interseção de funções básicas: respiração, alimentação, sensibilidade e expressão. A boca é o centro da personalidade na ausência de uma ou mais faculdades funcionais. Um treinamento odontológico especial é necessário para a devida atenção a estes pacientes e deveria ser projetado na graduação, onde habilidades e motivação podem ser desenvolvidas.

Os cuidados aos PNE devem ser um componente do sistema educacional odontológico, Reed (1989) sente que a educação e a profissão passarão por desafios no futuro, como o fechamento de escolas, mudanças nas necessidades da população, dificuldades para se obter pacientes em algumas escolas de Odontologia e os negócios que resultam em atitudes obscuras e condenáveis em favor de alguns, além da alarmante estatística do decréscimo da proporção paciente/profissional. O interessante disso é a oportunidade que aparecerá no futuro para poucos cirurgiões-dentistas servirem mais pacientes especiais. O autor sugere, portanto, que é essencial aos educadores lutar pela implementação de um programa ambicioso e desafiador para atendimento desses pacientes.

Ferguson et al. (1991) afirmaram que os objetivos iniciais nesta área de educação odontológica são: sensibilizar os estudantes das necessidades do paciente especial, suprindo-os com experiências clínicas de manejo, incluindo apropriado tratamento preventivo e curativo. Muitos cirurgiões-dentistas expressam o sentimento de que ficam em posição desconfortável na presença de PNE e acreditam que isso poderia ter sido resolvido se tivessem tido orientações na graduação. Repercutindo o debate sobre o tema na literatura, Soto Rojas e Cushing (1992) discutem se esse preparo deve ocorrer na graduação, na pós-graduação ou ambas as etapas da formação profissional.

Wile e Ferguson (1992) relataram que no programa da Escola de Odontologia da Stony Brook, a presença de uma assistente social garantia apoio a estudantes, professores, auxiliares e, diretamente, às famílias e pacientes. As principais tarefas

eram: admissão, ligação com a comunidade, educação e consulta, aconselhamento e encaminhamento.

Em 1993, Fenton expôs os resultados de um questionário desenvolvido pela *Academy of Dentistry for the Handicapped*, a fim de saber o nível de treinamento dos alunos na graduação, referente ao atendimento de PNE. A taxa de resposta foi excelente, com 74% (49 escolas de Odontologia) de devoluções. As informações obtidas, entretanto, foram desencorajadoras. Com relação às aulas, o número de horas na grade curricular variava de 0 a 40, sendo que três quartos dessas escolas disponibilizavam menos de 8 horas. Variando entre zero e 120 horas, o número de horas em atividade clínica também foi considerado motivo de desapontamento; dois terços dessas escolas relataram entre zero e 10 horas. O autor concluiu que os objetivos da Odontologia para PNE somente poderão ser alcançados quando as faculdades de Odontologia assumirem sua responsabilidade no treinamento completo dos estudantes.

Stiefel et al. (1997) compararam o atendimento prestado pela escola de Odontologia da Universidade de Washington, para pacientes com e sem deficiências e encontraram os seguintes resultados:

1. Os pacientes com deficiências procuravam as clínicas pela experiência da equipe de atendimento. Os pacientes sem deficiências procuravam pela estrutura dos serviços com baixos preços.
2. Ambos os grupos necessitavam tratamento, mas a condição bucal dos pacientes sem deficiências era pior. Entretanto, nos pacientes com deficiências as necessidades pareciam maiores tanto pelas adversidades de abordagem, como pelo comprometimento de saúde geral; estes pacientes também demonstravam mais ansiedade.
3. Doença periodontal e necessidade de restaurações eram encontradas em ambos os grupos. Pacientes com deficiências apresentavam higiene bucal ruim, mas a severidade das restaurações era maior em pacientes sem deficiência.

Waldman et al. (1999) atentaram para o fato de que a destinação de verbas para cursos didáticos e o tempo clínico devotado aos cuidados da população especial têm decrescido na grade curricular da graduação, em contrapartida ao aumento do número de pessoas com deficiências, da expectativa de vida dessas pessoas e da desinstitucionalização, em que mais pessoas são incluídas nas comunidades e requerem mais profissionais.

Romer et al. (1999) realizaram um estudo para determinar se escolas de Odontologia americanas e canadenses preparavam adequadamente seus alunos para atendimento de qualidade a população de PNE. Com uma taxa de resposta de 78% para a pesquisa, verificou-se que 53% das escolas dispunham de menos de cinco horas de treinamento didático em OPNE. Em 73% das escolas que responderam ao questionário a parte prática representava menos de 5% do tempo destinado a esses pacientes. Os resultados desse estudo indicaram que durante a graduação os alunos não adquiriam a experiência necessária para tratar o PNE.

Um relatório produzido pela *American Dental Association* (ADA), em 2001, denominado “O Futuro da Odontologia”, avaliou que a maioria dos consultórios dentários tinha o atendimento ambulatorial como foco exclusivo. Para Waldman e Perlman (2002), o aspecto mais importante sobre PNE que envolveria a formação técnica do estudante de Odontologia seria a aplicação dos procedimentos previamente aprendidos em sua prática particular. Ainda que esses procedimentos, em geral, não difiram dos que são utilizados para tratar a população em geral, continuar interagindo com pacientes especiais seria fundamental ao desenvolvimento de sua proficiência para esse atendimento. Dentistas recém-formados que não atenderam PNE em número e variedade suficientes não se sentiriam confiantes para tratar esses pacientes em suas práticas privadas.

As faculdades de Odontologia têm o desafio de desenvolver novas metodologias de aprendizado para preparar melhor os profissionais no futuro. Esse desafio levou Mofidi et al. (2003) a desenvolverem um estudo com a intenção de apreciar as reflexões de experiências estudantis em atividades fora do ambiente acadêmico. Foi proposto aos estudantes descreverem ensaios críticos de um incidente ocorrido nesses atendimentos externos, que ocorriam em instituições

hospitalares, prisionais e que atendiam PNE. Os incidentes críticos desafiaram suposições e estereótipos, reforçaram a conscientização da complexidade dos atendimentos e levantou dilemas éticos complexos. Os ensaios também ilustraram um senso de identidade profissional incomum e permitiu aos alunos apreciar o papel que a Odontologia pode desempenhar na vida dos pacientes. Os alunos citaram a importância de desenvolver uma empatia para as necessidades e as situações dos pacientes. Eles apontaram que uma necessidade, às vezes esquecida, no atendimento odontológico é reconhecer como ser humano o paciente que se está tratando. Alguns estudantes, por exemplo, se sentiram "tristes" e "deprimidos" quando encontraram seu primeiro caso de cárie, enquanto outros experimentaram "compaixão" e "compreensão" quando trataram PNE. Tais experiências com carga emocional pode ajudar aos alunos a apreciar o fato de que os dentistas têm que lidar com redes complexas de emoção na prestação de cuidados aos seus pacientes. Ao fornecer a experiência do "mundo real", a educação e a reflexão combinada ajudariam a cultivar as habilidades, conhecimentos, valores e atitudes que são necessários para o sucesso de um cirurgião-dentista.

Wolff et al. (2004) realizaram um levantamento com 295 estudantes de Odontologia de cinco universidades americanas. Os autores pesquisaram entre alunos do terceiro e quarto anos, sobre sua preparação clínica e didática para atenderem pacientes com deficiência intelectual, bem como se suas experiências poderiam afetar a sua vontade de tratar esses PNE. Como resultado, pouco mais de 68% dos entrevistados relatou ter recebido cinco horas ou menos de instruções para cuidar de pessoas com deficiência intelectual. Pouco mais da metade dos estudantes relataram não ter formação clínica nesta área. Cerca de 60% relataram que tinham pouca ou nenhuma confiança no fornecimento de cuidados, enquanto dois terços deles disseram que tinham pouca ou nenhuma preparação em prestar cuidados. O estudo concluiu que muitos estudantes americanos são colocados de forma inadequada no mercado de trabalho sem preparação adequada para a prestação desse tipo de atendimento. Passar mais tempo com esses pacientes propiciaria uma compreensão mais positiva quanto as suas capacidades. As implicações práticas poderiam ser um aumento da procura de cirurgiões-dentistas, em suas clínicas particulares, por pessoas com deficiência que não residem em instituições asilares.

Em 2004, Nunn et al., formavam um grupo de professores da *British Society for Disability and Oral Health* (BSDH) e desenvolveram um currículo para alunos de graduação em OPNE. As autoras partiram do princípio de que não seria razoável que os alunos em formação não se beneficiassem da rápida evolução das tendências demográficas da população e ignorassem o impacto que isso representa na comunidade que irão servir. Embora haja uma pressão de novas áreas na Odontologia e conseqüente criação de currículos específicos, não é aceitável que alunos em formação não sejam expostos à saúde bucal de membros mais vulneráveis de nossa sociedade. A proposta de programas de formação em OPNE centrou a atenção sobre as atividades na graduação, reconhecendo que devesse haver uma transição suave entre uma fase e outra da atuação profissional, coerentes com a filosofia da aprendizagem ao longo da vida. O currículo tinha os seguintes objetivos:

1. Sensibilização para a deficiência – ao final do curso o aluno saberia reconhecer primeiro a pessoa e depois o comprometimento. O aluno deveria demonstrar atitudes positivas face às diversidades e ter conhecimento da gestão de pacientes de diferentes origens sociais e étnicas. O aluno demonstraria habilidades em entendimento e seria capaz de reconhecer e gerenciar as barreiras à comunicação. Eles deveriam lidar com as queixas dos pacientes e / ou cuidadores e demonstrar qualidades de liderança para as equipes de gestão. O aluno teria o conhecimento necessário para fazer os encaminhamentos para outros profissionais e grupos de apoio.
2. Ética, consentimento livre e esclarecido, sigilo e injúria não acidental – ao final do curso o aluno estaria apto para obter o consentimento livre e esclarecido do paciente ou responsável, estando ciente da estrutura na qual trabalham. Ele deveria se capacitar para relatar notícias desagradáveis e referenciar suspeitas de traumas não acidentais, assim como ser eficaz e ter presteza para minimizar os sofrimentos e proporcionar melhores resultados para a saúde do paciente.

3. Legislação – ao final do curso o aluno deveria conhecer as exigências das entidades oficiais da Odontologia e suas responsabilidades para com elas. O recém-formado deveria reconhecer o *modus operandi* da legislação referente à prática odontológica em relação ao atendimento do paciente, as responsabilidades do empregado e do empregador, a administração clínica e o contínuo desenvolvimento profissional.
4. Aspectos da saúde pública na OPNE – ao final do curso o estudante conheceria as diferentes prevalências e condições das doenças bucais em PNE e a razão dessas diferenças. O novo profissional teria conhecimento de diferentes serviços odontológicos assim como de serviços de saúde disponíveis para os PNE. Ele teria que reconhecer as necessidades específicas de saúde bucal dos PNE e estar ciente das diferentes funções da equipe odontológica. Ele deveria, ainda, ajudar aos PNE e seus cuidadores a fazer as melhores escolhas referentes à eficiência e custo.
5. Compreendendo as deficiências – ao final do curso o aluno conheceria as formas mais frequentes de deficiência que são observadas no atendimento odontológico primário. Ele deveria estar capacitado para demonstrar atitudes positivas para com os PNE e saber onde obter mais informações sobre diferentes tipos de deficiências. Ele deveria ser hábil para buscar recursos e grupos de suporte para esses pacientes.
6. Avaliação do paciente: histórico, diagnóstico e plano de tratamento – ao final do curso o aluno seria capaz de realizar exames clínicos e planos de tratamento, levando em consideração a aquisição e desenvolvimento da deficiência. Ele deveria ser hábil para examinar um paciente com leve ou moderada deficiência física ou intelectual e determinar ajustes para prover o tratamento odontológico. Ele deveria estar apto para realizar diagnósticos diferenciais e depois da consulta com o PNE e seu cuidador, preparar um plano de tratamento pragmático, considerando as necessidades individuais. Ele deveria ser hábil para avaliar capacidade de compreensão e competência da pessoa que autoriza o tratamento.

7. Controle das condições bucais e dentárias vistas nas deficiências – ao final da graduação o aluno estaria apto para prover atendimento odontológico básico para o PNE, com atitudes positivas para com esse paciente.

Em um levantamento realizado pela *American Academy of Pediatric Dentistry* com apoio da ADA, Casamassimo et al. (2004) avaliaram vários aspectos do comportamento de dentistas em relação as crianças com necessidades especiais. A pesquisa constava de uma série de questões, especificamente indagando se os profissionais atendiam crianças com necessidades especiais. As questões eram:

1. Quais suas percepções sobre a formação que receberam na faculdade, relacionadas a crianças com necessidades especiais?
2. Qual seu interesse em uma formação complementar para atender essas crianças?
3. Quais os fatores que os influenciavam para cuidar de crianças com necessidades especiais?

Foram colhidas 1251 respostas (24%) de um total de 4970 dentistas. Em comparação aos dados demográficos entre os dois grupos (os que se prontificariam a atender e os que não atendiam), não houve diferenças significativas. Foram analisados o ano de formatura do profissional e se haviam realizado algum curso de pós-graduação. Das respostas obtidas, cerca de 10% dos profissionais afirmou tratar regularmente crianças com necessidades especiais e 70% deles nunca ou raramente viram uma criança com paralisia cerebral em sua rotina clínica. Um quarto desses profissionais havia recebido aulas práticas e teóricas sobre PNE na Faculdade e 40% desejariam um treinamento adicional para tratamento desses pacientes. Também foi constatado que dentistas que nunca receberam aulas práticas e teóricas sobre o assunto estavam menos dispostos para cuidar desses pacientes. Por outro lado, foi encorajador constatar que os profissionais que receberam formação nesta área sentiram poucas barreiras para prover tratamento para essa população. Os autores concluíram que caso a Odontologia pretenda destinar cuidados aos PNE, essa população deve ser exposta aos estudantes de graduação, e que essa exposição seria vantajosa para todos.

Comentando os resultados auferidos nessa pesquisa, Fenton (2004) demonstrou decepção ao constatar que apenas 25% dos profissionais inquiridos referiram terem sido expostos a uma didática adequada e experiência clínica em OPNE. Nos EUA, nesse período, havia quase três milhões de crianças entre cinco e quinze anos com necessidades especiais não-institucionalizadas, as quais tinham dificuldade de acesso a serviços odontológicos essenciais, apesar de haver mais de 130 mil dentistas. Se todos os profissionais atendessem esses PNE, a parcela para cada um compreenderia 21 crianças; mas como apenas 10% dos profissionais se dispõem a esse atendimento, a demanda seria superior a 200 crianças para cada profissional. Esse quadro poderia ser atenuado se os especialistas em Odontopediatria se dispusessem a essa atenção; mesmo assim, dificilmente seria totalmente eliminada a responsabilidade ética da profissão com relação à insuficiente provisão de atendimento aos PNE. Para o autor, o verdadeiro termômetro ético e de valores morais de uma sociedade está na maneira como ela trata os seus membros mais vulneráveis: as crianças, os idosos, os cidadãos mais desfavorecidos economicamente e as pessoas com deficiências. Ele afirmou também que poderia haver um aumento de até 40% na força de trabalho para cuidar de PNE, caso as faculdades dispusessem essa disciplina em suas grades curriculares.

Como em todos os aspectos da educação odontológica, várias dificuldades podem inibir os esforços para expansão dos programas universitários. Para Waldman et al. (2005), esses desafios poderiam se tornar ainda mais complicados com a pretensão de um currículo voltado ao ensino de PNE. O primeiro deles é econômico, pois envolveria o custo de funcionamento e gasto dos estudantes. Também é preciso conquistar profissionais que não estão dispostos a trocar suas práticas lucrativas no exercício privado pela nomeação docente, cuja remuneração é limitada. Some-se a isso, o reduzido número de profissionais treinados e preparados para fornecer uma programação didática e clínica para o desenvolvimento do ensino de OPNE.

Dao et al. (2005) aplicaram questionário a 500 dentistas escolhidos aleatoriamente entre os 7000 inscritos na *Michigan Dental Association*. A taxa de retorno foi de 41,3% (208 profissionais), dos quais 12% afirmaram que sua formação

universitária lhes teria capacitado para tratar os PNE. Os autores avaliaram que a educação odontológica precisaria ser revisada no que diz respeito aos PNE, pois a formação acadêmica tem impacto no comportamento, atitudes e confiança do profissional no trato destes pacientes, podendo também reduzir a disparidade de acesso a serviços odontológicos entre os PNE e pacientes regulares.

Um estudo desenvolvido por Smith et al. (2006) mostrou que as disparidades de acesso e de cuidados de saúde podem ser reduzidas e até eliminadas se as faculdades de Odontologia incrementarem sua atuação na formação de profissionais dirigidos ao cuidado de populações carentes (pacientes com deficiências, pessoas com baixa condição socioeconômica, desempregados, pessoas de diferentes localidades e grupos étnicos/raciais). O estudo teve os seguintes objetivos:

1. Determinar a porcentagem de estudantes de Odontologia que pretendiam tratar pacientes carentes em seu futuro profissional e a porcentagem de ex-alunos da mesma faculdade que de fato cuidavam desses pacientes.
2. Determinar como ambos os grupos avaliavam sua preparação para atender essa população.
3. Determinar o efeito da educação odontológica sobre as atitudes e comportamentos relativos aos pacientes carentes.

Os resultados demonstraram uma porcentagem mais elevada de estudantes interessados em atender aos pacientes carentes que a dos ex-alunos que realmente tratavam em sua atuação diária. As únicas exceções desses achados foram as respostas concernentes aos PNE; a atenção a esse grupo carente de pacientes foi baixa nos dois grupos; isso poderia refletir a falta de formação e prevalência de várias deficiências nos EUA. Os autores avaliaram como animadora a observação de que os estudantes estariam mais dispostos a atender pacientes carentes do que os ex-alunos; mas a constatação de que menos da metade deles planeja tratar PNE deveria ser um alerta para as faculdades de Odontologia americanas.

O ensino e treinamento do estudante de Odontologia não é tarefa fácil, por isso Kleinert et al. (2007) desenvolveram uma ferramenta adicional para a formação do aluno na área de OPNE. Através da informática, o aluno seria colocado em

contato com um paciente com deficiência de desenvolvimento, no caso um paciente virtual com síndrome de Down. Um CD-ROM foi preparado para oferecer aos estudantes uma oportunidade de praticar suas habilidades de tomadas de decisões clínicas em um ambiente que não representaria qualquer perigo para o aluno e para o paciente. Nesse formato interativo, o aluno poderia aprender em seu próprio ritmo e receberia um *feedback* imediato do tratamento proposto, obtendo conhecimento sobre os cuidados para com o paciente, o que reduziria suas dificuldades em, de fato, realizar esses atendimentos. Os alunos classificaram o módulo de aprendizado como de fácil utilização, com auxiliares de navegação claros e importantes para sua formação geral. Esse estudo apoiou-se em conclusões anteriores de pesquisadores que avaliaram experiências de aprendizado baseadas no computador como sendo coadjuvantes úteis no treinamento clínico. Os resultados sugeriram que esse tipo de ferramenta pode representar uma estratégia eficaz para lidar com os padrões de aceitação em relação aos PNE.

Em “Educação Odontológica e PNE: desafios e oportunidades”, McTigue (2007) reafirmou a tradição do atendimento de PNE, independentemente da idade, pelos odontopediatras. Mas o programa de desinstitucionalização nos anos 60 teria ampliado a demanda dessa população sobre o sistema de atenção odontológica. Apesar de demandar competências específicas, as normas regulatórias do exercício profissional não exigem requisitos diferenciais dos dentistas que atuarão no tratamento desse grupo de pacientes. Como recomendação para corrigir essa situação, o autor sugeria aumentar a concentração dos currículos no estudo da OPNE, ampliar os recursos tecnológicos das escolas e o uso de instituições baseadas na comunidade. O autor conclui seu documento dizendo que apenas a educação odontológica na graduação e na pós-graduação, não importando quão completas e bem organizadas, não poderia resolver o problema do acesso do PNE ao tratamento odontológico, conquanto os problemas financeiros que afetam o paciente e o profissional não sejam resolvidos. A maioria dos PNE requer financiamento público para assistência odontológica e esses recursos são escassos. Os profissionais que atuam na prática privada dificilmente se sensibilizarão sem uma remuneração compatível.

A insatisfação de pessoas com deficiências visuais e/ou auditivas com o acesso constantemente limitado a serviços odontológicos, bem como com a maneira com que o atendimento era efetuado motivou Sanders et al. (2008) a estudarem o tema. Segundo os autores, dentre os motivos dessa insatisfação, deve-se destacar dois fatores: a atitude dos profissionais em relação aos PNE e a baixa remuneração desses atendimentos. Os autores também propuseram um método de ensino usando programas de computador, no qual um paciente virtual foi produzido com a intenção de aumentar a exposição de pacientes com alterações de desenvolvimento para os estudantes de Odontologia. O paciente virtual era um jovem com surdocegueira congênita e que apresentava sintomatologia dolorosa em um molar. Aos alunos era requerido tomar decisões sobre o tratamento clínico do paciente. As diferenças entre o conforto e nível de conhecimento foram medidas antes e depois do tratamento, bem como a satisfação dos estudantes com a experiência da aprendizagem. Resultados significantes foram obtidos na percepção do conforto dos estudantes e na base de conhecimentos. O estudo demonstrou que os módulos de aprendizagem *multi-media* podem ser efetivos em prover exposições clínicas de PNE para alunos em formação.

Smitley et al. (2009) elaboraram um questionário para avaliar a extensão do ensino de OPNE em faculdades de Odontologia na América Latina e Caribe. As escolas escolhidas estavam listadas no Diretório Mundial de Faculdades Médicas da OMS. Das 251 faculdades de Odontologia listadas, 109 foram excluídas por falta de informação correta nos dados de correspondência ou porque sua primeira língua não era português ou espanhol (cinco escolas). Os contactos com diretores ou coordenadores das escolas foram por meio de mensagens eletrônicas e telefone. O levantamento resultou numa taxa de resposta de 37% (53 dos 142 questionários). No entanto, essa taxa de resposta foi desviada por uma participação particularmente baixa no Brasil (somente seis respostas entre 40 faculdades selecionadas no país). Mais da metade dos 142 inquiridos indicaram que seus alunos estavam recebendo menos do que cinco horas de formação didática e menos do que cinco horas de treinamento clínico para o tratamento de PNE. Desses 142 entrevistados, 23% e 30%, respectivamente, informaram que não foram necessárias horas no currículo para formação didática ou clínicas centradas exclusivamente no atendimento de

PNE. A ênfase sobre as dificuldades no desenvolvimento desses programas foi colocada na falta de professores com experiência no atendimento de PNE.

Em estudo desenvolvido no Canadá, Sherman e Anderson (2010) avaliaram a OPNE nas escolas de Odontologia canadenses. Os resultados foram semelhantes aos de estudos anteriores que apontavam mínima concentração curricular na formação didática e clínica em OPNE. Os respondentes ofereceram várias razões para as limitações enfrentadas no currículo; como currículo “muito cheio”. Outros responderam que a ênfase no ensino deveria ser dada à formação de habilidades básicas e que competências adicionais específicas da PNE poderiam sobrecarregar o currículo, devendo ser deixadas para aprendizado posterior, quando os profissionais estivessem mais experientes. Os educadores afirmaram que a maioria de seus alunos seria competente para tratar PNE. Os inquiridos também concordaram que seria altamente necessário transmitir experiência nessa área, mas que isso não deveria ser obrigatório. Algumas escolas responderam que poderiam tentar uma compensação por meio de programas extramuros em hospitais e entidades afiliadas. Os autores concluíram o estudo avaliando que a formação aumentará a vontade do cirurgião-dentista em tratar de PNE, apesar de alguns críticos acharem que aumentaria apenas a conscientização, mas não o número de graduandos dispostos a atender esses pacientes.

2.4 Especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais

*Outubro de 2008. “A data tem um significado especial, pois após trinta anos das primeiras chamadas para o reconhecimento da especialidade o programa de formação foi estabelecido. O programa levou mais tempo do que deveria, mas a coisa mais importante é que estamos aqui e agora”
Janice Fiske (presidente do comitê especialista que normatizou a OPNE no Reino Unido, 2006)*

A Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia, aprovada na Resolução CFO-63/2005 (Conselho Federal de Odontologia, 2005), em seu capítulo VIII, Art. 36, estabelece que:

“A especialidade é uma área específica do conhecimento exercida por profissional qualificado a executar procedimentos de maior complexidade, na busca de eficácia e da eficiência de suas ações”.

E em seu Art. 69, define que:

“Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais é a especialidade que tem por objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal dos pacientes que apresentam uma complexidade no seu sistema biológico e/ou psicológico e/ou social, bem como percepção e atuação dentro de uma estrutura transdisciplinar com outros profissionais de saúde e de áreas correlatas com o paciente”.

A pós-graduação em OPNE já era uma realidade nos EUA nos anos 80. Um programa desenvolvido na Universidade de Washington (Stiefel; Truelove, 1985), descrevia os aspectos educacionais para tratamento de pessoas com deficiências graves. O programa consistia de duas semanas de informações didáticas e seis semanas de aplicação prática. Os dentistas envolvidos demonstraram, após o curso, ganhos significantes no conhecimento adquirido e confiança para o atendimento. As avaliações seguintes mostraram que 75% dos participantes do programa aplicaram seus conhecimentos, particularmente na área do ensino acadêmico.

Erridge (1986) pesquisou escolas britânicas de Odontologia avaliando cursos de pós-graduação. Os dados coletados sugeriram a necessidade de dar mais ênfase no aprendizado da Odontologia para pacientes com deficiências, especialmente com adultos. Os estudantes deveriam se conscientizar do aumento do número de pessoas com deficiências procurando tratamento. A presença de profissionais especializados deveria ser valorizada na formação de graduandos e cursos de aperfeiçoamento.

Em um questionário enviado a 365 cirurgiões-dentistas britânicos, Soto Rojas e Cushing (1992) investigaram a necessidade da educação e formação dos dentistas para a prestação de serviços aos PNE e qual etapa da formação profissional seria mais apropriada para ensinar esse tipo de atendimento. A taxa de resposta foi de 67,4 % (246), com sua maioria 70 %, afirmando ser necessário

treinamento para tratar PNE. Em 98,7% das respostas, aferia-se que esse treinamento deveria ser dado tanto em cursos de graduação como em pós-graduação; apenas 1,3% afirmavam não ser necessária nenhuma formação para tratar esses pacientes. Os métodos de treinamentos sugeridos com mais frequência foram: treinamento em serviços, observação de outros dentistas e cursos de educação continuada. O controle do comportamento, habilidade de comunicação e planejamento de um apropriado plano de tratamento foram identificados como as principais áreas a serem trabalhadas.

Encontrar soluções simples para melhorar a saúde bucal de PNE é altamente improvável, mas para Shenkin et al. (2001), as faculdades de Odontologia e programas de pós-graduação podem desenvolver conteúdos de qualidade para que mais profissionais estejam habilitados a oferecer assistência a esses pacientes. Segundo os autores, a intervenção em PNE deveria ser precoce na formação dos profissionais, o que seria fundamental e para lhes permitir compreender a natureza dos processos que afetam esses pacientes. Com isso, os profissionais poderiam avaliar melhor as necessidades dessa população e servir esses pacientes com mais equidade.

Chalmers (2001) disse haver um grande desafio para manter objetivos comuns entre os diversos grupos de profissionais envolvidos com PNE, e também que existe uma grande força e dedicação desses mesmos profissionais. A autora afirmou que muitos têm trabalhado sem reconhecimento formal de suas competências e contribuições, mas todos se esforçam continuamente para incentivar e melhorar a carreira profissional para futuras gerações com o “gene das necessidades especiais” e que há perspectivas de sucesso para o reconhecimento dessa especialidade odontológica.

Os PNE apresentam uma série de condições e níveis de comprometimento que necessitam um atendimento odontológico especializado, pois podem precisar de apoio extra para acessar os serviços odontológicos. Eles podem demorar mais tempo para completar o tratamento, considerando a média de tempo gasto com uma pessoa sem deficiência. Para Stiefel (2002), os PNE são muitas vezes incapazes de realizar atividades normais para um paciente odontológico como tomar decisões

sobre cuidados bucais sem ajuda de outras pessoas, dirigir-se a um consultório odontológico e manter hábitos de higiene bucal adequada. Por isso, a prestação de cuidados bucais para esses pacientes requer um profissional com paciência, empatia e alto grau de conhecimento e habilidades. O tratamento proposto deve ser individualizado, com cuidados contínuos e abordagem diferenciada para conquistar a confiança do paciente.

Sobre o desenvolvimento da OPNE nos EUA e em outros países, um editorial mostrou um panorama do início das discussões sobre o reconhecimento da OPNE como especialidade. Os autores informaram que, antes de 2000, já havia consenso sobre a necessidade de se estruturar a carreira dos profissionais que trabalhavam com PNE. No fim da década de 1990, grupos dedicados a OPNE foram criados nos EUA, na Grã-Bretanha, na Austrália, na Nova Zelândia, em vários países da Europa e na América do Sul. Esses debates tomaram forma no XV Congresso da IADH, ocorrido na Espanha, em 2000. Nos EUA também era discutida a necessidade de se educar prestadores de cuidados no tratamento desses pacientes, usando uma abordagem coordenada e integrada para cuidados médicos e odontológicos. No entanto, era sensível a carência de programas no campo da OPNE em nível de graduação e pós-graduação. O profissional que trabalhava com PNE não dispunha de uma formação convencional, e suas “habilidades especiais” não eram reconhecidas como de um “especialista”. Muitos PNE necessitam de atenção em ambiente hospitalar, seja para sedação ou para uma anestesia geral, porém os hospitais requisitavam certificados para credenciar dentistas, assim como fazem para os médicos, em 2004, o Conselho da *Special Care Dentistry* (SCD) aprovou e certificou os primeiros candidatos a especialistas em OPNE (Ettinger et al., 2004).

Nessa mesma época, na Grã-Bretanha, embora centenas de cirurgiões-dentistas tivessem consideráveis habilidades e conhecimentos para atender os PNE, também não tinham aprendizado formal, nem reconhecimento do *status* de especialistas. Foi muito discutido se as outras especialidades odontológicas existentes não absorveriam esses pacientes, opinião logo afastada por quem os assistia. Na Austrália e Nova Zelândia a especialidade foi registrada há poucos anos e já dispõe de programas de formação estabelecidos, com vários dentistas reconhecidos com especialistas. Na Nova Zelândia foi criado um programa de

mestrado em OPNE e na Austrália um programa de doutorado de três anos foi desenvolvido pelas Universidades de Adelaide e Melbourne (Ettinger et al., 2004).

A normatização de uma nova especialidade suscitou questionamentos entre os odontopediatras, Hunter et al. (2004) enviaram um questionário a 211 especialistas em Odontopediatria do Reino Unido com a intenção de avaliar a opinião desses profissionais em relação ao processo de criação da especialidade de OPNE. Entre os 167 respondentes, 149 (85,6%) declararam apoio à proposta de criação da especialidade, mas 92 profissionais consideraram que a atuação do especialista deveria ser restrita ao atendimento de “adultos com necessidades especiais”, enquanto os 57 odontopediatras restantes consideraram que na prestação de cuidados especiais o fator idade não deveria ser levado em conta. Os autores concluíram que os inquiridos apoiaram de maneira indiscutível a nova especialidade, mas as “crianças especiais” deveriam ainda ficar sobre o manto dos odontopediatras.

Alguns profissionais que trabalham com PNE acreditam que a maioria deles pode ser tratada por clínicos gerais, mas a pouca experiência no manejo, o medo e o modo como gerenciar esses pacientes no consultório pode se tornar um fator crucial de restrição da oferta de serviços, existindo uma lacuna entre os cuidados ofertados e a necessidade da população de PNE. Para Steinberg (2005), programas educacionais para preparar profissionais especializados devem ser amplamente implementados, alternativas como financiamento público ou subsídios e aumento nas taxas de reembolso seriam necessários para compensar o aumento de tempo e pessoal necessário para cuidar adequadamente desses pacientes, além de atrair mais prestadores para receberem treinamento adicional, necessários para os cuidados aos PNE.

A deficiência é um fenômeno comum, ela irá tocar a vida de um em cada quatro de nós. Por essa razão, Fiske (2006) sugeriu que o desenvolvimento de uma especialidade odontológica proporcionaria melhor equilíbrio entre necessidade e provisão de serviços, entre prevenção e tratamento, que são condições para se trabalhar frente às desigualdades na saúde. Para a autora, o processo da criação da especialidade representa o percurso de uma longa viagem. No início ela é

menosprezada, na segunda fase a oposição é violenta, mas na terceira fase ela é aceita como sendo evidente, apesar de permanecerem alguns obstáculos a serem superados. Nesse sentido, as perspectivas para a especialidade são promissoras.

Com relação à criação da especialidade em OPNE, Waldmam e Perlman (2006) fizeram considerações sobre os aspectos negativos que tal processo poderia acarretar. Eles acreditam que pelos números expressivos da população de PNE haveria necessidade de mais envolvimento dos profissionais de Odontologia na prestação de serviços a essa população. Porém, tem havido um decréscimo na proporção dentistas/pacientes, e a tendência é de aumento a partir de 2020, com o crescimento da participação feminina na Odontologia e a percepção que as mulheres tendem a trabalhar em tempo parcial em maior proporção que os homens. Outra realidade é a cobertura inadequada de serviços terceirizados que tendem a diminuir o tempo do paciente na cadeira odontológica e exigem um esforço maior do provedor de serviços. Cientes da necessidade de se melhorar o conhecimento, as habilidades e a vontade de mais cirurgiões-dentistas para essa causa, os autores preocuparam-se com fato de que a criação da especialidade possa não preparar número suficiente de especialistas para atender os PNE, enquanto entre os clínicos gerais possa ser suscitado o sentimento de “deixar alguém fazer isso”. Perante a realidade da prestação de cuidados à crescente população de PNE, a abordagem mais prudente seria seguir o caminho da especialização, mas com um esforço maior por um apoio financeiro aos serviços prestados e, basicamente, em vez de “deixar alguém fazer isso”, por que não “vamos todos fazer isso”?

Fornecer acesso para um atendimento odontológico de qualidade para PNE tornou-se uma questão social e política. Gallagher e Fiske (2007) afirmaram que os currículos da graduação, tanto no Reino Unido como em outros países, são limitados e não preparam o dentista para esse atendimento, e que os profissionais formados se sentem inseguros para atuar. A formação de especialistas poderia prepará-lo melhor, contribuir na instrução de graduandos, pós-graduandos e de toda a equipe odontológica, assim como de equipes multidisciplinares que acompanham o PNE. Os autores sugerem que para o desenvolvimento positivo, a OPNE deve:

- Ser colocada na grade curricular da graduação
- Ter seu desenvolvimento formal na pós-graduação
- Ser reconhecida como uma especialidade pelos profissionais e pelo sistema nacional de saúde
- Definir caminhos para criação de clínicas especializadas
- Estabelecer quadros de competência e programas de treinamento para profissionais interessados na área

O Brasil foi o primeiro país a reconhecer a Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais como especialidade. Essa decisão baseou-se no aumento de PNE e no aumento da demanda por tratamento odontológico desta população. Mugayar et al. (2007) relataram que outros países, como a Nova Zelândia e Austrália, também oficializaram a nova especialidade, e a Grã-Bretanha criou um comitê para promover e supervisionar a formação de programas destinados a esse fim. O processo de reconhecimento da especialidade foi concluído em maio de 2002, quando o Conselho Federal de Odontologia (CFO) aprovou o método de avaliação dos candidatos a especialistas. Os cirurgiões-dentistas foram divididos em três categorias para serem considerados especialistas:

- Categoria A: os que comprovaram ocupar cargo de magistério, em curso de graduação em Odontologia, reconhecido pelo MEC; ser responsável por disciplina específica da especialidade, com pleno e efetivo exercício na área, por no mínimo cinco anos;
- Categoria B: os que comprovaram o efetivo exercício na especialidade por mais de dez anos, através de memorial defendido perante comissão designada pelo CFO e por esta considerado aprovado;
- Categoria C: os que foram aprovados em concurso, que abrangeu provas de títulos, escrita e prático-oral, perante comissão examinadora designada pelo CFO.

O processo de avaliação durou aproximadamente um ano e após a efetivação, os dentistas foram enquadrados em uma das categorias. Os novos candidatos precisariam de um curso de dezoito meses e apresentar uma monografia para serem considerados especialistas. A duração de formação difere de outros

países tais como a Austrália e Nova Zelândia, que requerem dois anos de dedicação integral para obtenção do título.

Na época do estudo, havia 292 novos especialistas na área, dos quais, 75% eram mulheres, demonstrando a crescente presença feminina na Odontologia brasileira. Os autores concluíram seu relato afirmando que, no Brasil, a OPNE deveria ser incluída nos currículos de graduação, os alunos deveriam ser encorajados a tratar mais PNE sob supervisão de equipes multidisciplinares e mais programas de pós-graduação deveriam ser desenvolvidos para produzir mais professores e pesquisadores nessa área da Odontologia (Mugayar et al., 2007).

Em 2005, a OPNE foi reconhecida como especialidade pelo Conselho Geral de Odontologia do Reino Unido. Coube ao Comitê Consultivo Especialista para OPNE (Specialist Advisory Committee for Special Care Dentistry, 2007) o papel de desenvolver currículos e normas educativas, supervisionar a formação de programas e determinar o processo de formação da OPNE. O programa de formação do especialista em OPNE deveria estar em conformidade com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF) da OMS e teria uma abordagem abrangente e holística. O programa definido pelo Comitê, com duração de três anos, contemplou uma ampla variedade de disciplinas nas áreas da saúde e da assistência social e incluía o aprendizado e o estudo nas seguintes áreas chaves:

1. Ciências biológicas de relevância em OPNE.
2. Conceitos de saúde, deficiência, incapacidade e função.
3. Condições que levam à incapacidade e função.
4. Ciências do comportamento.
5. Sociologia da saúde, incapacidade e deficiência.
6. O impacto da deficiência e da incapacidade para a saúde bucal, saúde geral e qualidade de vida.
7. O impacto da saúde bucal na deficiência, na incapacidade, na saúde geral e na qualidade de vida.
8. Planejamento e gestão da saúde e prestação de serviços.
9. Gestão e prestação de cuidados de saúde bucal.
10. Desenvolvimento de programas de promoção de saúde bucal.

11. Provisão de cuidados odontológicos adequados, com base na competência para anamnese, exame, diagnóstico, planejamento e atendimento clínico odontológico.
12. Controle do comportamento, anestesia local, sedação consciente e anestesia geral.
13. Vínculo com outras especialidades não odontológicas, inter-profissional e trabalho interdisciplinar.
14. Capacitação em suporte de vida e emergências médicas.
15. Legislação e ética relevantes para a prática odontológica e em particular na OPNE.
16. Administração clínica e auditoria.
17. Pesquisa.

Cursos presenciais ministrados na Universidade e cursos ministrados à distância deveriam abordar uma parte substancial dos aspectos teóricos do programa. Haveria, ainda, atuação extramuros supervisionada em hospitais e centros comunitários.

O primeiro programa para a formação de especialistas em OPNE na Grã-Bretanha começou em outubro de 2008 (First For Special Care Dentistry, 2009), e abrangia seminários, leituras e palestras baseadas em aspectos teóricos, além de sessões de aprendizado supervisionado com pacientes. O programa também incluía um mestrado de dois anos; com isso, os profissionais que concluíssem a pós-graduação poderiam intitular-se especialistas e consultores em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.

O processo de transição se estendeu de outubro de 2008 a setembro de 2010. Nesse período, foram acolhidas aplicações dos cirurgiões-dentistas que já atuavam nessa área e queriam se registrar como especialistas em OPNE na Grã-Bretanha. Foram recebidos 119 formulários de registro até abril de 2010 (Special care Dentistry List Reminder, 2009).

2.5 Paralisia cerebral

“No tratamento da paralisia cerebral trace o prognóstico baseado em parâmetros científicos, evite usar o seu “feeling”, se ele pode te ajudar em algumas ocasiões, ele também pode te enganar.

Compreenda que existe uma criança atrás da patologia que você trata, aprenda a conversar com ela e não esqueça que mesmo que ela não possa falar com você, na maioria das vezes ela está entendendo o que você está fazendo e dizendo. Respeite o que ela pode estar pensando. Estude sempre, durma pensando no seu paciente, sonhe com ele, estude, estude, estude sempre.”

Ferraretto (1998)

A paralisia cerebral (PC) é uma condição bem reconhecida do neurodesenvolvimento que ocorre no início da infância e persiste no tempo. Ela tem sido objeto da literatura especializada na área da saúde há mais de cem anos. Em 1860, um médico inglês chamado William Little observou crianças pequenas que apresentavam rigidez e espasticidade muscular em suas pernas e braços, o que as impedia de agarrar objetos, engatinhar e andar. Ele acreditava que a razão dessa anomalia estava ligada a circunstâncias adversas durante o nascimento, com a privação de oxigênio durante o parto causando dano ao cérebro. Mas, em 1897, enquanto estudava a “Síndrome de Little”, o conhecido psicólogo Sigmund Freud discordou, notando que as crianças muitas vezes tinham outros problemas neurológicos, como retardo mental, distúrbios visuais e convulsões. Freud sugeriu o termo “paralisia cerebral”, sublinhando que a doença poderia ter raízes no início da vida e durante o desenvolvimento do cérebro no útero. O Dr. Winthrop Phelps popularizou o termo paralisia cerebral (PC) para diferenciá-lo da paralisia infantil que é causada pelo vírus da poliomielite e que gerava outros tipos de paralisia

(Kauffmann, 1956; Piovesana, 1998; Bax et al., 2005; National Institutes of Health, 2010d).

Apesar da observação de Freud, a convicção de que as complicações no nascimento seriam a causa de PC, foi generalizada entre os médicos, entre familiares e pesquisadores. Na década de 1980, no entanto, os pesquisadores financiados pelo *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS) analisaram os dados de mais de 35 mil recém-nascidos e suas mães e descobriram que as complicações durante o parto e trabalho representam apenas uma fração dos recém-nascidos com PC, provavelmente menos do que 10%; na maioria dos casos não haveria uma causa única. Este achado desafiou a teoria até então aceita sobre as causas da PC. Além disso, os pesquisadores estimularam a busca de outros fatores, antes, durante e depois do nascimento, que foram associados com o transtorno. Nas duas últimas décadas, o grande avanço nas tecnologias de imagem e estudos nas ciências básicas permitiu aos observadores um olhar diferente para o cérebro dos lactentes e das crianças com PC. Más formações estruturais, áreas de dano e mutações genéticas associadas ao desenvolvimento anormal do cérebro fetal oferecem pistas provocativas sobre o que poderia estar acontecendo de errado durante o desenvolvimento do cérebro para causar as alterações que conduzem a PC (National Institutes of Health, 2010d).

Bax et al. (2005) afirmaram que embora a palavra “paralisia” tenha se tornado obsoleta na nosografia médica, pois seu significado não tem conotação, o termo “paralisia cerebral” é geralmente difundido universalmente entre médicos, terapeutas, epidemiologistas, pesquisadores e organizações de financiamento nos cuidados de saúde. Epidemiologistas, em particular, requisitam conceitos e terminologia mais consistentes a fim de identificar alterações nos padrões de doenças e distúrbios.

Os médicos usam a expressão “paralisia cerebral” para se referir a distúrbios neurológicos que aparecem na infância ou na infância precoce e afetam de forma permanente o movimento do corpo e da coordenação muscular, mas não são progressivos, ou seja, eles não pioram com o tempo. O vocábulo “cerebral” refere-se às duas metades ou hemisférios do cérebro, o chamado córtex cerebral, a parte do

cérebro que dirige o movimento do músculo. O vocábulo “paralisia” refere-se à perda ou prejuízo da função motora. Em alguns casos de PC, o córtex cerebral não se desenvolve normalmente durante o crescimento fetal. Em outros casos, o dano é resultado de uma lesão no cérebro, quer antes, durante ou após o nascimento. Em qualquer caso, o dano não é reparável e as deficiências que resultam são permanentes (National Institutes of Health, 2010d).

Um *workshop* internacional sobre a definição e classificação de PC foi realizado em Maryland, EUA, em julho de 2004, o evento foi co-patrocinado pela *United Cerebral Palsy Research and Education Foundation*, dos EUA e *Castang Foundation*, do Reino Unido, com o apoio especial do *National Institutes of Health* (NIH). A tarefa dos participantes foi rever e, se possível, atualizar a definição e classificação da PC. A reavaliação foi motivada por uma série de fatores:

- Mudanças na prestação de cuidados às crianças com deficiência.
- Reconhecimento de que crianças com progressão lenta por erros inatos do metabolismo podem apresentar dificuldades motoras às vezes indistinguíveis das crianças com PC.
- Aumento da disponibilidade e qualidade dos recursos de imagem cerebral que identificam deficiências estruturais do cérebro.
- Reconhecimento de que o comprometimento do desenvolvimento motor está quase sempre associado a uma série de outras deficiências.

Nesse sentido, representantes do comitê executivo do evento, propuseram então uma nova definição para a PC:

“A PC descreve um grupo de distúrbios do desenvolvimento do movimento e da postura, determinando limitação da atividade, que são atribuídos a distúrbios não-progressivos que ocorreram no desenvolvimento fetal ou do cérebro infantil. Os distúrbios motores da PC são frequentemente acompanhados por alterações da sensação, da cognição, da comunicação, percepção e / ou comportamento, como também por distúrbios convulsivos” Bax et al. (2005).

Os dados relacionados à incidência e prevalência da PC, ainda são precários em virtude da diversidade de seus quadros clínicos e etiopatogênicos. Não sendo uma patologia de notificação compulsória, não se dispõe de registros populacionais sobre a incidência de PC. Estima-se que nas formas moderadas e severas, nos países desenvolvidos, sua incidência esteja entre 2 a 3 casos por 1000 nascidos vivos. Nos países em desenvolvimento essa taxa pode subir para 7 para 1000 nascimentos (Piovesana, 1998). A *United Cerebral Palsy Foundation* estima que nos EUA aproximadamente 800 mil pessoas, entre adultos e crianças, tenham um ou mais sintomas de PC, e que a cada ano 10 mil bebês nascidos na América desenvolveram PC (NIH-NINDS, 2010). No Brasil não há pesquisa específica, o que inviabiliza estimativas confiáveis, mas há indicações de incidência elevada, com estimativas entre 30 a 40 mil novos casos por ano, essa variação tão acentuada poderia ser justificada pela existência de casos leves nem sempre com diagnósticos definitivos (Lefèvre; Diament, 1990; Baladi et al., 2007).

Embora uma variedade de fatores de risco possa ser identificada, em muitos casos a etiologia é desconhecida. Algumas condições médicas podem minimizar as manifestações clínicas, particularmente aquelas de curso lento e progressivo. Os principais fatores de risco são as condições pré-natais que podem ser maternas ou gestacionais, como a hipóxia, alterações genéticas (sem um marcador genético específico), desordens metabólicas, gestação múltipla, infecções intra-uterinas, exposições teratogênicas e traumas abdominais. Entre as condições perinatais destacam-se a prematuridade, anóxia neonatal, incompatibilidade sanguínea e posição fetal desfavorável. As causas pós-natais podem ser atribuídas à asfixia, icterícia, meningites, hemorragias cerebrais e traumas (Baladi et al., 2007; Jones et al., 2007; Zarrinkalam et al., 2010).

O diagnóstico inicial é bem difícil e a precocidade dos casos pode trazer significados variados e dependem da interpretação de cada avaliador. Ele é essencialmente clínico e baseia-se na história e na avaliação neurológica da criança, embora tomografias computadorizadas e ressonâncias magnéticas sejam exames de imagem necessários para a confirmação do exame clínico ou mesmo a exclusão de outros distúrbios motores (Souza, 1998).

Há vários tipos de PC e elas podem ser diferenciadas pela disfunção neuromuscular ou localização anatômica. Piovesana (1998) e Baladi et al. (2007) classificaram a PC de acordo com as disfunções musculares a descrevem nas seguintes formas:

- Espástica ou piramidal: é a mais frequente com quase 70% dos casos, e caracteriza-se pelo aumento do tônus muscular, resultando em descontrole do tronco e cabeça. A falta de coordenação da musculatura intrabucal e peribucal trazem alterações de fala, mastigação e deglutição.
- Discinética ou extrapiramidal (atetose ou coreoatetose): quase 15% dos casos e caracteriza-se por movimentos contínuos e incontrolados dos músculos afetados. A musculatura do pescoço afetada resulta em movimentação excessiva da cabeça. A região bucal é afetada pelos movimentos desordenados da mandíbula que podem levar a fechamento repentino da boca, salivação excessiva e bruxismo acentuado.
- Atáxico: é o tipo mais raro de PC com 2% dos casos e afeta o cerebelo. Caracteriza-se pelos movimentos voluntários desordenados e senso de equilíbrio alterado, com comprometimento na marcha e apreensão de objetos.
- Misto: representa a combinação dos casos anteriores e afeta mais de 10% dos pacientes.

Para designar as áreas do corpo utilizaram-se das seguintes expressões:

- Tetraparesia: quando os quatro membros são afetados igualmente,
- Diparesia: quando os membros inferiores são mais comprometidos que os superiores,
- Hemiparesia: quando apenas um lado do corpo é acometido.

O sistema de classificação tradicional tem se concentrado principalmente sobre a área do corpo afetada ou descrevendo a anormalidade do movimento, mas torna-se evidente que outras características devem ser levadas em consideração para contribuir na compreensão deste transtorno. Para Bax et al. (2005), dados

históricos especialmente sobre o curso da gravidez podem variar em termos de validade. Toda classificação deve, portanto indicar a idade da criança, informações da história clínica, através de notas e recordação da mãe e a investigação diagnóstica, metabólica ou radiológica que tenha sido realizada.

Para Baxter e Rosenbloom (2005) o diagnóstico da PC tem uma expressão emocional que, para os pais, muitas vezes pode causar o mesmo impacto de um câncer ou de outra doença temida. Para as crianças pode significar segregação e dificuldades de participação na sociedade. E, para os médicos, pode representar riscos, pois uma falha no diagnóstico pode afetar outras condições que comprometem a função motora. Baladi et al. (2007) declararam ser importante o diagnóstico e determinação do tipo específico da PC para se estabelecer o prognóstico e planejamento do tratamento.

O erro de diagnóstico pode prejudicar a opção por um tratamento adequado. Em um estudo realizado na Austrália, Zarrinkalam et al. (2010), avaliaram 402 crianças nascidas entre 1993 e 2002 e encontraram 21 (5,2%) com diagnóstico impreciso. Dentre essas crianças, cinco tinham uma alteração metabólica ou neurodegenerativa duas eram sindrômicas e as 14 restantes tinham atraso no desenvolvimento, retardo motor bruto, miosite perinatal, malformação subdural e subaracnóideo espinal arteriovenoso ou paralisia de Erb. Em 16 das 21 crianças, o diagnóstico de causa da PC foi alterado com cinco ou mais anos de idade.

Todos os tipos de PC apresentam déficit motor como característica mais importante, mas as sequelas advindas do tono muscular alterado trazem problemas associados que comprometem sobremaneira o indivíduo, que vai necessitar o apoio interdisciplinar para sua reabilitação. Figueiredo (1998), Souza (1998), Baladi et al. (2007), De Camargo e Antunes (2008), National Institutes of Health (2010c), destacaram esses problemas:

- Oftalmológicos: crianças com PC apresentam mais alterações oculares quando comparadas a crianças não PC com a mesma idade.
- Pneumológicos: pneumonia de repetição é geralmente associada a PC. Aspiração traqueal, baixo nível cognitivo, refluxo esofágico, epilepsia não

controlada e dependência motora para via oral são fatores de risco relacionados as pneumonias de repetição.

- Otorrinolaringológicos: os pacientes com PC apresentam mais alterações na respiração bucal, sialorréia, além de déficit auditivo.
- Distúrbios de integração sensorial: dificuldade de interpretar e responder a estímulos sensoriais, dificultando aprendizagem e formação de conceitos.
- Ortopédicos: deformidades decorrentes da alteração do tono muscular, com reflexo nas articulações, membros superiores e inferiores e deformidades da coluna vertebral como a escoliose, cifose e lordose.
- Epilepsia: a alta incidência pode começar já no período neonatal. A frequência e os tipos de crises variam conforme a forma clínica. Acometem quase 60% dos pacientes.
- Deficiência Intelectual: em proporção bastante significativa, mas com graus variados. Parece existir correlação entre a forma clínica e o grau de severidade da PC.
- Odontológicos: não existem alterações odontológicas específicas aos pacientes, mas há relação íntima entre a presença de má oclusão em consequência da hipertonía dos músculos, e cáries dentárias decorrentes da má higienização somadas a dieta rica em açúcares.

Rosenstein (1978) afirmou que ao se prover tratamento odontológico para os pacientes com PC, dois grupos distintos de problemas existem, o primeiro é a condição bucal e dentária do paciente, o segundo problema não está relacionado com a condição odontológica do paciente, mas com manifestações advindas da PC e que dificultam uma abordagem adequada, tais como locomoção, estabilidade no posicionamento e a habilidade de compreensão e comunicação do paciente.

A severidade das condições bucais associada às alterações motoras e déficit cognitivo pode estar diretamente relacionada à dificuldade de se obter tratamento odontológico para o paciente com PC. Segundo Hengen (1980), o cirurgião-dentista deve aprofundar seus conhecimentos para melhor atender esse paciente. Para o autor, em certos tipos de PC, um leve estímulo pode promover uma contratura

muscular exacerbada e durante um exame clínico o paciente sem controle poderia fechar a boca involuntariamente.

Cesar (2007) afirma que a maior proporção dos PNE de sua instituição, quase 70%, são pacientes com PC, os quais apresentam condições bucais e manifestações de ordem geral relevantes para o tratamento odontológico. Epilepsia, deficiência mental, atraso de desenvolvimento com repercussão na fala e audição, somados a distúrbios de comportamento podem representar dificuldades de abordagem para o tratamento odontológico. Outros fatores também são descritos:

- Espasticidade oral e cervical que impedem um bom posicionamento na cadeira odontológica.
- Disfagia orofaríngea que podem facilitar risco de fenômenos aspirativos quando do uso da alta rotação e seringa tríplice.
- Reflexos primitivos que determinam ação involuntária de mordida e vômito, além de hipersensibilidade bucal.
- Quadros convulsivos que podem tornar-se uma intercorrência clínica importante para o cirurgião-dentista.

Na Grã-Bretanha nascem aproximadamente 1800 bebês por ano com PC e Griffiths (2008), destaca que essa condição é muitas vezes descrita como “uma mente viva dentro de um corpo desobediente”. Como nem sempre o diagnóstico é feito imediatamente, os pais passam por momentos de estresse ao perceber os atrasos no desenvolvimento da criança. Para a autora, as dificuldades diárias vividas por esses pacientes podem ser chamadas de “tríade das deficiências”, o que incluiria os seguintes aspectos:

- Interação social - dificuldade com as relações pessoais, com uma capacidade limitada para desenvolver amizades.
- Comunicação social - com dificuldade na comunicação verbal e não verbal, não compreendendo o significado de gestos comuns, expressões faciais e tons de voz.
- Imaginação - dificuldade em desenvolver jogos interpessoais e imaginação.

Griffiths (2008) ainda apresenta algumas recomendações para o atendimento odontológico desses pacientes:

- Obter informações detalhadas antes da primeira consulta.
- Checar problemas de mobilidade, transporte e acesso.
- Planejar consultas, reconhecendo as necessidades individuais do paciente.
- Garantir que o espaço do consultório esteja preparado e adaptado.
- Usar formas alternativas de comunicação, tais como fotos e imagens (mostrar, falar e fazer).
- Fornecer garantias constantes de apoio ao paciente e sua família.
- Reforçar mensagens para cuidados de higiene e prevenção.

A autora conclui que cada pessoa com deficiência é única, independente da causa de sua condição. A equipe de Odontologia que vai cuidar dela deve ter uma compreensão holística da deficiência e desenvolver habilidades para fornecer atendimento de qualidade e garantir que a prevenção é prioridade no tratamento.

2.6 HIV / AIDS

*“A aids continua sendo a principal
prioridade da saúde no mundo.
Apesar dos grandes progressos alcançados
na prevenção de novas infecções
e na redução do número anual de mortes,
o número de pessoas vivendo com o HIV continua a aumentar.
As doenças relacionadas com a aids continuam
sendo uma das principais causas de morte no mundo
e são projetadas para continuar como uma importante
causa mundial de morte prematura nas próximas décadas.
Embora a aids não seja uma síndrome nova,
a solidariedade global continuará a ser uma necessidade”
UNAIDS (2009)*

A aids – síndrome da imunodeficiência adquirida – foi identificada no início da década de 80. Em Los Angeles, Califórnia (EUA), cinco homens, em hospitais diferentes, foram acometidos por pneumonia, cujo agente etiológico *Pneumocystis carinii* era de ocorrência rara em indivíduos saudáveis, dois desses pacientes faleceram em poucos dias, mesmo tendo recebido o tratamento padrão. Infecções letais por *Pneumocystis carinii* só haviam sido observadas em pacientes imunodeprimidos com doenças tumorais ou transplantados. Relatos semelhantes ocorreram em seguida em outras cidades da Califórnia e em Nova York. Em seguida, outra doença rara passou a ser observada, o sarcoma de Kaposi, uma neoplasia maligna encontrada em região endêmica da África Equatorial, também só se manifestava em pacientes expostos a tratamento imunodepressor (Grassi et al., 1994).

A palavra aids é derivada da sigla inglesa AIDS (acquired immunodeficiency syndrome). No Brasil, vem prevalecendo *aids* como substantivo feminino, enquanto em Portugal usa-se *sida* ou síndrome da imunodeficiência adquirida (Houaiss, 2001). Também pode ser grafada com letras maiúsculas.

A aids é caracterizada pela perda progressiva das células CD4, progredindo para imunossupressão grave, complicações neurológicas, infecções oportunistas e neoplasias que raramente ocorrem em pessoas com função imune preservada. Embora os mecanismos precisos que levam à destruição do sistema imunológico não tenham sido totalmente identificados, o conhecimento epidemiológico, virológico e imunológico produzido sobre a doença suportam a conclusão de que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é a causa da aids (National Institutes of Health, 2010b).

A definição de aids apareceu pela primeira vez no *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* do Centers for Disease Control (CDC, sigla em inglês para Centro para o Controle de Doenças), de Atlanta, EUA em 1982 para descrever "... uma doença, pelo menos moderadamente preditiva de um defeito na imunidade mediada por células, ocorrendo com ou sem causa conhecida para a diminuição da resistência a essa doença". As condições que definiam a aids estavam em uma lista do CDC que incluíam, o sarcoma de Kaposi (KS), pneumonia por *Pneumocystis carinii* (PCP), o complexo *Mycobacterium avium* (MAC) e outras patologias. Esta

definição foi atualizada em várias ocasiões, com revisões sistemáticas por vários anos (Centers for Disease Control, 2010).

Para efeitos de fiscalização, o CDC define atualmente a aids em um adulto ou adolescente com mais de treze anos, como “a presença de uma das 25 condições tais como KS, PCP, ou MAC disseminada”. A definição foi expandida em 1993 para incluir a infecção pelo HIV em um indivíduo com uma contagem de células T CD4 + inferior a 200 células por milímetro cúbico de sangue. A definição atual de vigilância substituiu os critérios publicados em 1987 que foram baseadas em condições clínicas e evidências de infecção pelo HIV, mas não em células T CD4 + e determinações celulares. Em crianças menores de 13 anos, a definição de aids é semelhante ao de adolescentes e adultos, exceto a pneumonia intersticial linfóide e infecções bacterianas recorrentes. Em muitos países em desenvolvimento, onde os meios de diagnóstico podem ser mínimos, os epidemiologistas utilizam uma definição baseada na presença de vários sintomas clínicos associados com deficiência imunológica e a exclusão de outras causas de imunossupressão, como câncer ou desnutrição (National Institutes of Health, 2010b).

De acordo com dados da OMS em 2008, 34 milhões de pessoas possuíam a enfermidade, desse total de infectados, aproximadamente 16 milhões eram mulheres e dois milhões eram crianças, ainda em 2008, a OMS contabilizou 2,7 milhões de novos casos e dois milhões de mortes. A epidemia parece ter se estabilizado na maior parte das regiões, embora a prevalência continue a aumentar na Europa Oriental e da Ásia Central. A África Subsaariana continua sendo a região mais fortemente atingida, respondendo por 71% de todas as novas infecções pelo HIV em 2008 (World Health Organization, 2010).

No Brasil cerca de 630 mil pessoas vivem com o HIV. O número é estimado, pois se notificam apenas os casos de soropositivos que tomam medicamentos antirretrovirais. Do início da epidemia, em 1980, até junho de 2009, foram realizados 544.846 diagnósticos. Durante esse período, foram registradas 217.091 mortes em decorrência da doença, segundo dados do Boletim Epidemiológico de 2009. Por ano, são notificados entre 33 mil e 35 mil novos casos de aids. Dos casos de aids acumulados de 1980 até junho de 2009, a região Sudeste é a que tem o maior

percentual (59%) do total de notificações, com 323.069 registros da doença. O Sul concentra 19% dos casos, com 104.671 notificações; o Nordeste, 12%, com 64.706; o Centro-Oeste, 6%, com 31.011; e a região Norte, 3,9%, com 21.389 casos. Dos 5.564 municípios brasileiros, 87,5% (4.867) registram pelo menos um caso da doença (Brasil, 2010a).

Apesar da aids ser considerada uma doença 100% letal a causa mais imediata da morte, em geral, é uma infecção oportunista ou uma doença maligna. A sobrevivência varia consideravelmente, sendo dependente das doenças encontradas na época do diagnóstico, da idade, do grupo de risco, da duração da infecção do HIV, dos fatores biológicos não identificáveis do organismo e da eficácia do tratamento (Silverman, 1995).

Na área odontológica o desconhecimento da doença e de seus aspectos clínicos, somado aos aspectos emocionais, estigmatizados ou não, terminou por causar sérias limitações no tratamento desses pacientes. A maioria dos cirurgiões-dentistas não está preparada para esta atenção, dentro dos padrões normais de rotina de um consultório odontológico, especialmente se os pacientes portadores apresentarem complicações clínicas, fazendo com que o profissional se abstenha de prestar o atendimento devido (Brasil, 2000).

Em uma pesquisa realizada com 319 estudantes de Odontologia, Medicina e Enfermagem, no final da década de 80, Currey et al. (1990) relataram que mais de um terço deles tinha reservas em tratar pacientes com aids. Os pesquisados não demonstravam boa vontade de realizar ressuscitação boca a boca e acreditavam que os profissionais tinham direito de recusar a atender pacientes com aids. A má vontade para tratar pacientes com aids estava associada a atitudes homofóbicas e preocupação com a possibilidade de risco de contaminação. Os autores ressaltaram que na educação para os profissionais de saúde dever-se-ia enfatizar métodos para a prevenção da infecção pelo HIV e incluir o ensino de estratégias para lidar com os sentimentos irracionais associados a aspectos comportamentais.

Discacciati e Vilaça (2001) teceram considerações sobre o atendimento odontológico de pacientes com aids, para eles alguns pontos se tornaram bastante

claros no que diz respeito à biossegurança e ao atendimento a indivíduos infectados por HIV. A princípio, deve-se tratar qualquer indivíduo como potencialmente infectado, uma vez que é impossível diferenciar clinicamente pacientes infectados assintomáticos dos não infectados. O protocolo de biossegurança para atendimento em consultórios odontológicos tem-se demonstrado eficaz para evitar a transmissão da infecção pelo HIV. O segundo ponto a ser considerado é a questão do próprio respeito ao indivíduo infectado que pode se apresentar física e psicologicamente abalado, merecendo um atendimento digno, em que imperem a empatia e a solidariedade. O profissional deve manter um bom relacionamento com o paciente, para que este se sinta seguro e não omita informações que possam interferir no tratamento. O importante e ético é que não se negue atendimento e o paciente tenha certeza do sigilo das informações prestadas.

No Brasil, não se tem conhecimento de caso de transmissão de HIV/aids do cirurgião-dentista para o paciente e vice-versa, mesmo assim o risco de contaminação tornou-se uma grande preocupação no dia-a-dia da clínica, inclusive suscitando questionamentos éticos para a classe odontológica (Alves, 2002).

Oliveira et al. (2002) avaliaram estudantes de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, por meio de questionário similar a um que fora aplicado em estudantes de Odontologia da Universidade do Texas, EUA. Assim, pôde mostrar que 80% dos estudantes tinham consciência de tratar cada paciente como sendo um portador de aids em potencial. A maioria deles associava a infecção pelo HIV com o sarcoma de Kaposi, com candidose bucal e com leucoplasia pilosa. Por causa de determinadas deficiências no conhecimento e práticas no controle da infecção entre os estudantes, os pesquisadores recomendaram que o currículo focasse a gestão, o controle efetivo da infecção e aspectos legais relacionados ao tema HIV/aids.

Apesar da quantidade de pessoas infectadas com o HIV, muitas não têm consciência de sua condição clínica, isso levou Patton et al. (2002) realizarem um levantamento com escolas de Odontologia dos EUA, para avaliar os serviços de triagem, aconselhamento, métodos de diagnóstico e testes de fluidos bucais com anticorpos HIV. Foram enviados, via correio, questionários para 54 escolas de Odontologia americanas (85% taxa de resposta), os resultados mostraram que a

maioria das escolas tinha incluído em seu currículo a formação clínica sobre os riscos do HIV. No entanto, os entrevistados não confiavam que os estudantes de graduação tivessem capacidade e vontade para aconselhar e aplicar testes na prática odontológica. A falta de formação em aconselhamento sobre prevenção foi considerada uma barreira primária.

O conhecimento sobre a infecção pelo HIV é essencial para os profissionais de Odontologia, para que estejam preparados quanto ao uso das medidas de controle da infecção cruzada. Estudo realizado por Sposto et al. (2003), na Faculdade de Odontologia de Araraquara, teve a intenção de avaliar os conhecimentos gerais e específicos dos alunos de graduação quanto à infecção HIV, antes e após assistirem a uma palestra informativa. Foram aplicados 160 questionários nessa primeira etapa. Na segunda etapa, três meses depois, foi ministrada uma palestra sobre a infecção HIV com duração de 15 minutos e foram aplicados questionários para os mesmos alunos. O índice total de acerto foi de 49% antes da palestra e 54,4% após a palestra. As autoras concluíram que, mesmo após a palestra informativa, os estudantes apresentaram elevado índice de erro e pouca assimilação do conhecimento ministrado, indicando que apenas 15 minutos de palestra não são suficientes para uma modificação significativa no conhecimento dos estudantes. Os alunos de graduação necessitariam de um reforço no conhecimento sobre a infecção pelo HIV, envolvendo atualização contínua dos aspectos informativos.

Seacat e Inglehart (2003) investigaram, entre estudantes de Odontologia e do curso de higiene dental, a percepção e sua formação sobre o tratamento de pacientes com infecção pelo HIV, o conhecimento sobre precauções universais, atitudes frente a esses pacientes e avaliação do potencial das atividades curriculares, como grupos de discussão com pacientes infectados. Nos questionários aplicados, os estudantes de Odontologia relataram ter recebido menos horas de aula sobre esse tema que os estudantes de higiene dental. No entanto, os acadêmicos de Odontologia demonstraram mais conhecimento sobre as precauções universais. Os estudantes do sexo masculino apresentaram atitudes negativas mais fortes para os doentes em risco ou com infecção pelo HIV que as do sexo feminino. Em geral,

os estudantes responderam positivamente aos métodos sugeridos para a inclusão no currículo de mais material sobre os pacientes com HIV/aids.

A falta de informações sobre a transmissão do vírus HIV persiste e pode ser um entrave na relação dentista-paciente. Pagliari et al. (2004) avaliaram professores da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Dos 77 entrevistados, 48 aconselhavam seus alunos a não recusar qualquer tipo de serviço com pacientes HIV positivos e 20 orientavam seus alunos a não recusar tratamentos de emergência, mas que deveriam encaminhar para outros profissionais os casos de tratamentos não emergenciais. Oito professores opinaram que o profissional deve atender pacientes HIV+ caso se sinta apto e disponha de condições favoráveis de trabalho. Nenhum professor aconselhou seus estudantes a não tratarem pacientes infectados. Por outro lado, avaliando suas próprias atitudes, apenas 65% dos 54 professores que tratavam estes pacientes declararam estar ciente das precauções no controle da infecção, e apenas 32% relataram tratar o paciente como qualquer outro paciente. Além disso, apenas 37 professores disseram estar dispostos a serem tratados por um profissional infectado.

Em estudo conduzido com cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Senna et al. (2005) identificaram fatores associados à disposição para o atendimento odontológico de pacientes com HIV/aids. Um total de 140 profissionais, entre 345 pesquisados, responderam a um questionário. A disposição para atendimento prevaleceu em 55% desses profissionais, e essa disposição se associou com uma correta percepção do risco ocupacional, o conhecimento do protocolo pós-exposição ocupacional, ter atitudes positivas frente à epidemia, ter experiência profissional com paciente portador de HIV/aids e ser contra o exame diagnóstico de HIV compulsório para os pacientes. Dentistas que tiveram acidente pérfuro-cortante apresentaram menos disposição para atendimento. Os resultados mostraram que o medo do contágio é a principal fonte de ansiedade para os trabalhadores da saúde com relação ao atendimento de pacientes com HIV/aids.

As alterações bucais causadas por HIV/aids propiciam ao cirurgião-dentista um importante papel no diagnóstico precoce da infecção e na manutenção da saúde geral dos pacientes infectados. Por isso, Corrêa e Andrade (2005) reforçaram a

necessidade de atualização constante do cirurgião-dentista no sentido de promover saúde bucal, sem expor o paciente, a equipe de trabalho e a si próprio a riscos desnecessários. O número de pacientes HIV/aids é elevado, e muitas vezes o paciente desconhece ou não informa sua condição. Desse modo, ao invés de temer a aids, o cirurgião-dentista deve adotar as normas universais de biossegurança e considerar que todo paciente é potencialmente portador de alguma doença infecto-contagiosa.

A saúde bucal é um aspecto essencial do cuidado geral para pacientes com HIV. No entanto, o medo da divulgação dessa condição pode ser uma barreira importante ao acesso a esses cuidados. Rohn et al. (2006) afirmaram que preparar os futuros profissionais de saúde bucal, para manter todos os aspectos de confidencialidade e compreender o papel que o estigma desempenha na vida dos indivíduos HIV+ é uma questão crítica que deve ser resolvida por meio da educação odontológica. Os autores propuseram alguns itens de como isso poderia ser feito:

- Se possível, convidar pessoas HIV positivas para falar e compartilhar com os alunos suas perspectivas como pacientes.
- Criar formas adequadas de interagir com os pacientes com informações confidenciais de saúde.
- Realizar periodicamente treinamento em serviço para alunos, funcionários e professores, para reforçar as regras éticas e manter a consciência das questões de confidencialidade.
- Formalizar a avaliação de competência dos estudantes em manter a confidencialidade do paciente.
- Proporcionar oportunidades para os estudantes que entram na clínica possam aplicar o que é aprendido em sala de aula.
- Examinar cuidadosamente como o trabalho técnico sob a visão do paciente pode comprometer a sua privacidade.
- Avaliar como os funcionários interagem com os pacientes em áreas não-clínicas, para ter certeza de que a privacidade esteja mantida.
- Estar continuamente aberto as questões que possam surgir.

Mulligan et al. (2006) desenvolveram um programa para avaliar o conhecimento, atitudes e comportamento de profissionais de Odontologia, frente as novidades da infecção HIV/aids. Os 106 profissionais abrangiam 79% de cirurgiões-dentistas e 21% de técnicos ou auxiliares em saúde bucal que participaram de um curso de atualização. Um questionário foi adaptado para ser usado antes e seis semanas depois do curso. Após o curso, com 81% dos participantes tendo completado os dois questionários, identificou-se alteração significativa de conhecimentos, atitudes e comportamentos (65 %, 86%, 55%, respectivamente). Globalmente, o programa educativo foi avaliado como tendo sido bem sucedido em aumentar e promover o conhecimento e as atitudes dos participantes e reforçar o seu empenho no controle da infecção.

Em estudo retrospectivo, Carvalhais et al. (2007) investigaram a prevalência da notificação de acidentes do trabalho quanto à exposição a material biológico entre estudantes de graduação de Odontologia em uma instituição de ensino superior em Minas Gerais, e avaliaram os fatores de risco associados à subnotificação. Os dados foram coletados por meio de questionário, com 86,4% de taxa de retorno. A amostra foi constituída de 286 estudantes de Odontologia registrados até o final de seis semestres de estudo. A idade média dos avaliados foi de 22,4 anos. Do total de 167 indivíduos que foram expostos a material biológico, 120 (71,9 %) não relataram os acidentes. As variáveis associadas à não declaração de acidentes de trabalho foram: a não exposição ao sangue, o fato de que os alunos consideraram a exposição pequena ou de baixo risco e a consideração de que o protocolo aprovado pela instituição era inadequado. Foi recomendada uma política de revisão dos procedimentos, com o objetivo de estabelecer uma vigilância contínua e o incentivo ao relato de exposição pelo sangue.

O Sudão é um país da África subsaariana, com fronteira com nove países de alto risco de infecção pelo HIV, e é reconhecido pela OMS como um país de prevalência intermediária para HIV/aids. Nasir et al. (2008) estudaram alunos de escolas de Odontologia públicas e privadas em Cartum, Sudão, para avaliar seu conhecimento sobre a infecção por HIV e a necessidade de mais estudos relacionados à doença. O número total de alunos matriculados era de 782, dos quais 642 completaram o questionário. Um total de 49% dos respondentes tinha

conhecimento da transmissão por contaminação. Cerca de metade dos alunos reconheceu a necessidade de formação contínua em questões relacionadas com o HIV, variando de 75% para questões básicas relacionadas à aids a 84% no manejo de pacientes. Apenas 38% dos alunos identificaram corretamente os diversos grupos de risco para a infecção. Os resultados do estudo revelaram que os estudantes sudaneses têm deficiências no conhecimento de temas relacionados com HIV/aids, principalmente os graduandos das escolas públicas e não estão bem preparados para tratar esses pacientes. Os autores sustentaram que as informações sobre o HIV e aids entre os acadêmicos de Odontologia oferece um alicerce fundamental para o desenvolvimento de um currículo odontológico adequado sobre a infecção e também para atrair a atenção de educadores do ensino odontológico para o assunto, cabendo, portanto, aos dirigentes dessas instituições adequar seus currículos para melhor formação de seus graduandos.

Abreu et al. (2009) compararam atitudes e comportamentos de alunos do 4º ano de cinco faculdades de Odontologia de Minas Gerais, em relação às medidas de controle da infecção. Foram aplicados questionários para 350 estudantes em 1995 e 242 estudantes em 2005, com taxas de resposta de 90,3% em 1995 e 81,0% em 2005. Os resultados foram avaliados como sendo desalentadores. Não houve melhora no uso de luvas, máscara e gorro no período. Houve diminuição na frequência do uso de óculos de proteção, nenhum estudante utilizou o equipamento de proteção individual corretamente, e foi relatada redução no uso de esterilização de brocas. Nenhum estudante foi capaz de descrever o uso correto da autoclave. Desinfecção e uso de barreira na cadeira odontológica foi corretamente realizado por apenas uma minoria de estudantes em 1995 (2,8%) e 2005 (6,1%). Nos dois períodos, a maioria dos estudantes relatou descartar corretamente os instrumentais pérfuro-cortantes. As atitudes e comportamentos desses estudantes em relação ao controle de infecção foram considerados preocupantes. Não houve melhora e, para alguns parâmetros, houve piora na realização dos procedimentos de segurança.

A Nigéria é o país mais populoso da África e se estima que 3,6 % da população tenha HIV/aids. Embora seja menor que para outros países subsaarianos, essa prevalência corresponde a quase três milhões de indivíduos afetados. Para determinar a atitude e as preocupações sobre o tratamento de indivíduos HIV+,

Azodo et al. (2010) aplicaram um questionário aos estudantes de Odontologia do último ano da Universidade de Benin, na cidade de Benin, Nigéria. Menos da metade (46,6%) haviam feito o teste de HIV e 40 (69%) foram vacinados contra hepatite B. Um terço dos inquiridos (32,7%) declarou-se confortável com a possibilidade de ter colega infectado pelo HIV. Apenas um estudante recomendou a expulsão de um aluno infectado pelo HIV. Um terço dos inquiridos (32,8%) manteria em segredo se tivesse um membro da família infectado pelo HIV, mas 55,2% concordaram que a divulgação do resultado positivo por pacientes odontológicos é importante para a prevenção de infecção cruzada. Dezoito entrevistados concordaram que os dentistas infectados pelo HIV devem informar seus pacientes antes do tratamento, e 25 deles receberiam tratamento em clínica odontológica que oferecesse atendimento a indivíduos infectados pelo HIV, mas apenas 17 permitiriam que dentistas infectados pelo HIV realizassem tratamento em um amigo. Treze estudantes acreditavam que o dentista tem o direito de recusar tratamento para esse paciente. Vinte e nove (50%) continuaria a tratar os pacientes se soubessem que eles estariam contaminados pelo HIV. Os autores concluíram que a preocupação com atitudes discriminatórias entre os entrevistados era pequena, mas a preocupação com o risco pessoal em tratar pacientes infectados deveria ser mais trabalhada pelos professores.

2.7 Diabetes

“Os dentistas não se comunicam com seus pacientes com diabetes e seus médicos como deveriam. Os resultados de um estudo recente com periodontistas e dentistas clínicos gerais, mostrou, respectivamente, que 77% e 44% perguntavam o tipo de diabetes, 35% e 14% comunicavam-se com os médicos dos pacientes e 28% e 14% avaliavam o controle glicêmico. A comunicação entre dentistas, médicos e pacientes é uma área que precisa melhorar.”
Mealey (2008b)

O diabetes foi reconhecido desde a antiguidade. A mais antiga descrição dos sintomas da doença foi documentada em um papiro egípcio. O papiro de Ebers data de 1552 antes de Cristo (a.C.), tem 20 metros de comprimento e é considerado o documento médico mais importante do antigo Egito. Um parágrafo é dedicado aos sintomas mais fortes do diabetes, no qual são citados pacientes que emagreciam, sentiam sede contínua e urinavam em abundância. O tratamento incluía folhas de hortelã, dieta e apelos a Ísis e Osíris. Por volta do ano 500 a.C., o indiano Susruta - um dos pais da medicina ayurvédica - diagnosticou o diabetes mellitus em seus pacientes. Ele foi o primeiro a diferenciar dois tipos de diabetes: o primeiro tipo era diagnosticado em pessoas jovens e altamente letal, enquanto o segundo era típico de adultos obesos. Susruta recomendava aos pacientes a prática de exercícios físicos. Os gregos foram os primeiros a usar o termo “diabetes”. Apolônio de Memphis (250 a.C.) foi o primeiro a usar a palavra, que significa “passar através de” devido à passagem de líquido pelo corpo dos pacientes. Mellitus, que em latim quer dizer mel, foi adicionado mais tarde na literatura médica ocidental numa referência ao sabor adocicado da urina. Areteu da Capadócia (150 d.C.) fez a primeira descrição completa ao avaliar pacientes na Roma antiga e receitava dieta rígida e vinho com água para seus pacientes (Associação de Diabetes Juvenil, 2010).

O vocábulo diabetes tem origem latina, mas por influência da palavra aportuguesada “*diabeta*” (1713) induziu-se a mudança de gênero para o feminino. Na linguagem médica começou a prevalecer à forma “*diabetes*” no gênero masculino original, embora até hoje “*diabetes*” também ocorra no feminino. A normalização tende a ser com “*diabetes*” substantivo masculino, contra *diabete(s)* substantivo feminino. O termo “diabete” também é correto (Houaiss, 2001).

Não há cura definitiva para o diabetes, o mais prevalente distúrbio endócrino-metabólico. A doença afeta cerca de 246 milhões de pessoas em todo o mundo. A estimativa é de que, até 2025, esse número aumente para 380 milhões. No Brasil, a ocorrência média de diabetes na população adulta (acima de 18 anos) é de 5,2%, o que representa 6.399.187 pessoas (Vernillo, 2003; Brasil, 2010b).

Na década de 1970, a OMS e o *National Diabetes Data Group* dos EUA padronizaram novos critérios de diagnóstico e um novo sistema de classificação

para o diabetes mellitus. Em 1985, a OMS modificou ligeiramente esses critérios. Na *American Diabetes Association (ADA)*, um grupo de especialistas foi convocado para discutir os critérios de diagnóstico da doença e novas recomendações foram publicadas em 1997. OMS convocou uma consulta sobre o mesmo assunto em Londres, em dezembro de 1996. Os grupos da ADA e da OMS chegaram a conclusões semelhantes (World Health Organization, 1999; Damiani, 2000).

Alberti e Zimmet (1998) definiram o diabetes mellitus como uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por hiperglicemia crônica com distúrbios de carboidratos, gordura e metabolismo de proteínas resultantes de defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina, ou ambos. Dentre seus efeitos, no longo prazo, podem ocorrer danos, disfunção e falência de vários órgãos. Seus sintomas característicos são a sede, poliúria, visão turva e perda de peso. Em suas formas mais graves, leva ao estupor, coma e, na ausência de tratamento eficaz, a morte. Muitas vezes, os sintomas não são graves ou estão ausentes, fazendo com que a hiperglicemia se mantenha não detectada por longo tempo, causando alterações patológicas e funcionais antes que o diagnóstico seja firmado.

O diabetes é uma doença em que os níveis de glicose no sangue, também chamado de açúcar no sangue estão acima do normal. Pessoas com diabetes têm problemas de converter alimentos em energia. Normalmente, após uma refeição, os alimentos se decompõem em glicose e esta é transportada pelo sangue para as células do corpo. As células usam a insulina, um hormônio produzido no pâncreas, para ajudá-los a converter glicose em energia. As pessoas desenvolvem diabetes porque o pâncreas não produz insulina suficiente ou porque as células dos músculos, fígado e gordura não usam corretamente a insulina, ou ambos. Como resultado, a quantidade de glicose no sangue aumenta, enquanto as células ficam privadas de energia. Ao longo dos anos, a glicemia elevada, também chamada de hiperglicemia, danifica os nervos e vasos sanguíneos, que levam a complicações como doenças cardíacas, derrame, doença renal, cegueira, problemas neurológicos, infecções na gengiva e amputação (National Institutes of Health, 2010e).

Os tipos principais de diabetes são chamados de tipo 1 e tipo 2. Uma terceira forma de diabetes é chamada gestacional.

- Diabetes tipo 1, antigamente chamado de diabetes juvenil, em geral é diagnosticada inicialmente em crianças, adolescentes e adultos jovens. Nesta forma de diabetes, o pâncreas não produz insulina porque o sistema imunológico do corpo atacou e destruiu as assim chamadas “células beta” pancreáticas especializadas em produzir insulina.
- Diabetes tipo 2, anteriormente chamado de diabetes de adulto, é a forma mais comum. As pessoas podem desenvolvê-la em qualquer idade, mesmo durante a infância. Esta forma de diabetes normalmente começa com a resistência à insulina, como resultado, o corpo necessita de mais insulina para ajudar a glicose a entrar nas células para ser utilizada como energia. No início, o pâncreas mantém-se com a maior demanda por produção de mais insulina. Depois, porém, o pâncreas perde sua capacidade de secretar insulina suficiente.
- Diabetes gestacional ocorre pela primeira vez durante a gravidez. Quando a mulher está grávida, sua necessidade de insulina parece aumentar, e muitas podem desenvolver diabetes gestacional durante os estágios finais da gravidez. Embora este tipo de diabetes geralmente desapareça após o nascimento do bebê, a mulher pode apresentar tendência de desenvolver o tipo 2.

Há outros tipos de diabetes, mas são raros. Um deles é conhecido como LADA (*latente autoimmune diabetes in adults*), também chamado de tipo 1,5 ou diabetes dupla, as pessoas mostram sinais de ambos - tipo 1 e tipo 2 - diabetes. Alguns especialistas acreditam que o LADA é uma espécie de desenvolvimento lento do diabetes tipo 1, o diagnóstico geralmente ocorre após os 30 anos (National Institutes of Health, 2010e).

Diabetes e alterações da tolerância à glicose são freqüentes na população adulta e estão associados a um aumento da mortalidade por doença cardiovascular e complicações microvasculares. O diagnóstico destas situações deve ser feito

precocemente, utilizando métodos sensíveis e acurados, pois mudanças no estilo de vida e a correção da hiperglicemia podem retardar o aparecimento do diabetes ou de suas complicações. O teste de glicemia é preferido por sua praticidade e baixo custo, mas o diagnóstico de alguns casos pode demandar o teste oral de tolerância à glicose (TOTG). O teste de glicemia é mais confiável pela manhã, quando o paciente está em jejum, os resultados do exame da glicose plasmática em mg / dL são os seguintes:

- Normal: 99 mg / dL ou menos
- Pré-diabetes: 100 a 125 mg / dL (risco de desenvolver o diabetes)
- Diabetes: 126 mg / dL ou acima (deve ser confirmado por teste de repetição em um dia diferente) (Gross et al., 2002; American Diabetes Association, 2009; National Institutes of Health, 2010).

O TOTG é mais sensível que o teste de glicemia para o diagnóstico de pré-diabetes, mas é menos conveniente para administrar. O indivíduo necessita um jejum de oito horas antes do exame. O nível de glicose é medido imediatamente antes e duas horas depois de uma pessoa beber um líquido contendo 75 gramas de glicose dissolvida em água. Os resultados em mg / dL são os seguintes:

- Normal: 139 mg / dL ou menos
- Pré-diabetes: 140 a 199 mg / dL (intolerância à glicose)
- Diabetes: 200 mg / dL ou acima (deve ser confirmado por teste de repetição em um dia diferente) (Gross et al., 2002; American Diabetes Association, 2009; National Institutes of Health, 2010).

A medida da hemoglobina glicada não é recomendada para diagnóstico; mas é o método de referência para avaliar o grau de controle glicêmico em longo prazo (Gross et al., 2002).

O Programa Nacional de Educação em Diabetes do *National Institutes of Health* (NIH), dos EUA (National Institutes of Health, 2010a), oferece um guia de orientação para profissionais de Odontologia trabalharem com seus pacientes diabéticos. As recomendações são as seguintes:

- Explique a ligação entre mau controle da glicemia e doença periodontal.
- Pergunte a data do último exame bucal. Saliente a importância de uma boa higiene bucal e exames regulares incluindo limpezas e profilaxias. Mesmo pessoas que usam dentaduras ou não tem dentes necessitam avaliações anuais para detecção de câncer, infecções e outras lesões.
- Aconselhe sobre a necessidade de higienização, escovação e fio dental, pelo menos uma vez ao dia. Recomende contatar o dentista se notar a dentadura solta ou irritação.
- Aconselhe a pessoa com diabetes fazer um auto-exame mensal e se notar sinais de infecção, dor, sangramento na gengiva, dentes soltos ou úlceras bucais contatar o seu dentista.
- Pergunte sobre sintomas de saúde bucal que possam indicar mau hálito ou perda de sabor. Avalie se o problema é grave e necessita de intervenção imediata.
- Explique que infecções bucais podem piorar o controle glicêmico e evoluir para complicações graves de forma rápida e necessitam de pronto atendimento.

Um levantamento realizado na Finlândia por Knecht et al. (2000), com 149 pacientes com diabetes, apurou que 82% deles, os quais relataram melhores cuidados para evitar gengivite, tiveram uma melhor condição de seu *status* metabólico. Os autores afirmaram que comportamento inadequado perante aos cuidados bucais podem influenciar o estado geral do paciente.

Para minimizar o risco de emergências durante o tratamento, Lalla e D'Ambrosio (2001) consideram que os dentistas precisam atentar para uma série de questões antes de iniciar o tratamento odontológico:

- Histórico médico: obter glicemia na primeira consulta, perguntar sobre níveis recentes de glicose sanguínea e episódios de hipoglicemia, dosagem e horário da medicação antidiabética. Pacientes indicados para cirurgia deverão receber ajustes na dosagem da insulina e medicações. Doenças cardiovasculares ou doença renal poderão alterar planos de tratamento. Se necessário, o dentista deverá consultar o médico do paciente.

- Horário das consultas: em geral pelas manhãs, porque o nível do cortisol está mais elevado. Ao agendar consultas evitar que elas ocorram quando dos picos de atividade da insulina devido ao risco de desencadeamento de hipoglicemia.
- Alimentação: é importante assegurar-se que o paciente tenha comido e tomado as medicações normalmente. Se o paciente ignora o café da manhã, por exemplo, mas toma insulina, o risco de hipoglicemia aumenta.
- Monitoração da glicemia: dependendo da história médica do paciente o dentista necessitará medir a glicemia antes do procedimento. Isto poderá ser feito com monitores eletrônicos com alto grau de precisão. Pacientes com glicemia baixa (menor que 70 mg / dL para a maioria das pessoas) devem receber um carboidrato antes do tratamento, para minimizar o risco de um evento hipoglicêmico; em casos de glicemia mais alta, deverão ser encaminhados para o médico.
- Durante o tratamento: a complicação mais comum do diabetes no consultório é a hipoglicemia. Caso o profissional suspeite de um episódio, deve interromper o tratamento imediatamente e administrar um carboidrato de ação rápida, como doces, refrigerantes, suco ou açúcar. Se o paciente não pode engolir ou perdeu a consciência chamar socorro médico imediatamente. Se for difícil para o dentista diferenciar um quadro de hiperglicemia ou hipoglicemia é melhor administrar fonte de carboidrato, porque uma pequena quantidade de açúcar adicional não causará danos significativos.
- Depois do tratamento: infecções agudas podem afetar a resistência a insulina e o controle glicêmico, que por sua vez pode afetar a capacidade de recuperação orgânica, por isso a cobertura antibiótica pode ser necessária. Salicilatos aumentam a secreção da insulina e sensibilidade, podendo aumentar riscos de hipoglicemia, por isso aspirinas deverão ser evitadas.

Segundo a *American Diabetes Association* o diabetes é uma doença crônica que exige assistência médica contínua, educação e controle do paciente para evitar complicações agudas e reduzir os riscos de doenças no longo prazo. O cuidado do diabetes é complexo e exige muitos detalhes que vão além controle glicêmico. Há também um rol de evidências demonstradas que justificam uma série de intervenções para melhorar os resultados do diabetes. Os padrões de cuidados

destinam-se a proporcionar para os clínicos, pacientes, pesquisadores e cuidadores ferramentas para avaliar o objetivo e a qualidade do tratamento. Embora as preferências individuais, co-morbidades, e outros fatores possam modificar os objetivos, metas são desejáveis na maioria dos pacientes com diabetes. Essas normas não se destinam a impedir avaliações mais amplas de especialistas quando necessário (American Diabetes Association, 2009).

Alguns padrões de cuidados devem ser seguidos por dentistas que tratam pacientes com diabetes. Para Vernillo (2003), o controle glicêmico é fundamental, porque a hiperglicemia está diretamente associada a complicações sistêmicas e bucais. As complicações bucais mais comuns são: gengivite e doença periodontal; xerostomia e disfunção da glândula salivar; aumento de susceptibilidade bacteriana, viral e fúngica; cáries; abscessos periapicais; dificuldade de uso de prótese total; perda de paladar e síndrome de ardência bucal. O autor cita que um plano de tratamento deve ser individualizado levando em consideração vários aspectos do paciente:

- idade,
- condições de trabalho ou horário escolar,
- atividade física,
- medicações (insulina ou hipoglicêmicos),
- dieta e tipo de alimentação,
- situação social e personalidade,
- fatores culturais,
- presença de complicações sistêmicas ou bucais do diabetes e
- outras condições médicas.

Há manifestações bucais menos freqüentes, como a queilite angular, aftas recidivantes e tumefação da glândula parótida. Sousa et al. (2003) relataram que os pacientes com controle inadequado do diabetes têm significativamente mais sangramento gengival do que aqueles com controle moderado e bom e do que pacientes que não apresentam a doença. Os tecidos periodontais dos pacientes com diabetes apresentam maior grau de vascularização, maior espessamento da parede vascular e às vezes obliteração total de luz vascular, estas alterações parecem estar relacionadas ao caráter hiperinflamatório desses pacientes.

A interação do dentista e o médico é necessária, em alguns casos o dentista pode detectar casos não diagnosticados de diabetes, para Vernillo (2003) quando isso acontece o profissional deve referenciar o paciente para um médico para uma avaliação posterior. Outras considerações apontam a importância do dentista na equipe que atua junto ao paciente com diabetes:

- Apoio em programas antitabagistas que podem reduzir a morbidade por diabetes.
- Modificações do plano de tratamento podem melhorar o controle metabólico do paciente.
- Em contato com o médico, o dentista pode discutir as indicações e contra-indicações de medicações para complicações bucais de alterações sistêmicas.
- Ao usar regularmente um glicosímetro pode-se evitar situações de emergência relacionadas ao diabetes.
- Mantendo ótima saúde bucal pode-se reduzir os fatores de co-morbidade.

Em estudo desenvolvido com crianças com diabetes tipo 1, com idade média de dez anos, Costa et al. (2004) afirmaram que o conhecimento das manifestações bucais em crianças, como a cárie, gengivite, xerostomia e ardência bucal, é de suma importância para que medidas preventivas possam ser implementadas. A cárie dentária teve baixa prevalência, o que pode ser atribuído ao uso restrito de sacarose, compensando efeitos deletérios causados pela xerostomia e aumento da glicose na saliva e no fluido gengival.

Em estudo comparativo com 182 crianças e adolescentes com diabetes (grupo caso) e 160 sem diabetes (grupo controle) de seis a dezoito anos de idade, Lalla et al. (2006) não encontraram diferenças significativas com respeito a cárie dentária. Entretanto, as crianças do grupo caso tiveram significativamente mais placa bacteriana, inflamação gengival, dentes com evidência de perda de inserção óssea (principal característica da periodontite) que no grupo controle. Ao analisar idade, sexo, etnia, sangramento gengival e frequência de consultas odontológicas, o diabetes manteve uma significativa correlação com a periodontite, principalmente no subgrupo de 12 a 18 anos de idade. Os resultados obtidos sugerem que a

destruição periodontal pode começar muito cedo nas pessoas com diabetes e se tornam proeminentes quando a criança se torna adolescente. Os autores reforçam a necessidade de programas de prevenção e tratamento precoce em jovens com diabetes.

Mckenna (2006) afirmou que, para o agendamento de consultas do paciente com diabetes no consultório, deve-se considerar o horário e o tipo de alimentação do paciente para se evitar quadros de hipoglicemia, condição que, em grau severo é uma emergência médica que deve receber tratamento imediato. Seus sintomas suaves são ansiedade, taquicardia, e sudorese; seus sintomas graves podem incluir confusão mental, convulsão, disritmia cardíaca e coma.

A doença periodontal tem sido identificada como uma das principais complicações do diabetes (Lalla; D'Ambrosio, 2001; Lamster et al., 2008; Mealey, 2008a; Wilder et al. 2008). Inflamações locais e sistêmicas e uma resposta imune anormal podem alterar a cicatrização de feridas e contribuir para a destruição do periodonto em indivíduos diabéticos. Perrino (2007) destacou que o acúmulo de produtos finais de glicosilação avançada no periodonto está correlacionado com o aumento do nível dos mediadores inflamatórios, os quais estão associados com a destruição do tecido. Esta relação inflamatória local/sistêmica pode ser uma relação de mão dupla. Há evidências de que diabéticos com periodontite ativa tendem a ter pior controle glicêmico que os pacientes sem periodontite. O plano de atendimento odontológico de pacientes diabéticos deve sublinhar a importância dos cuidados com os tecidos moles, para reduzir o risco de infecção. Chamadas para consultas devem ser feitas com mais frequência e a recomendação de cuidados de higiene bucal na residência deve ser reforçada.

Um estudo retrospectivo, realizado por Radfar e Suresh (2007), entre janeiro e junho de 2000, na Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado de Nova York, em Buffalo, avaliou o perfil médico de 1041 pacientes que procuraram tratamento na faculdade. Os dados demográficos, estado de saúde e uso de medicamentos a partir dos prontuários foram analisados. A idade média dos pacientes foi de 52 anos e a razão mulher / homem foi 1,2 / 1. Mais da metade dos pacientes tiveram uma ou mais doenças sistêmicas ou estavam tomando

medicações. Neste contingente de pacientes avaliados 14% (144) apresentavam diabetes. Os resultados desse estudo demonstraram que os avanços na saúde e tratamentos fármaco terapêuticos levaram a um crescente envelhecimento da população que vive com condições médicas complexas e por isso os autores conclamaram que os currículos das faculdades de Odontologia devam atender às necessidades desse crescente número de PNE.

Na Irlanda um estudo realizado por Allen et al. (2008) avaliou o grau de conhecimento do risco de doença periodontal em 101 pacientes com diabetes, com faixa etária entre 31 e 79 anos. Sete por cento dos participantes não sabiam que tipo de diabetes tinham, 27% tinham diabetes tipo 1 e 66% tinham diabetes tipo 2. Enquanto 84% dos pacientes tinham consciência do risco de doenças cardíacas, 98% de doenças oculares, 94% de doenças renais e 99% de problemas circulatórios; apenas 33% tinham conhecimento do risco aumentado de doença periodontal. Desses, apenas metade havia sido alertada por um dentista. Os autores concluíram que os pacientes são muito menos informados do risco de doença periodontal em relação a outras condições e que o profissional de Odontologia precisa sensibilizar o paciente para a importância da boa saúde bucal e sua relação com a saúde geral.

A importância da saúde bucal foi reconhecida formalmente pela Associação Americana de Diabetes em 2008, quando passou a recomendar explicitamente que pessoas com diabetes deveriam visitar um dentista para uma avaliação adequada e tratamento de doenças bucais. O diagnóstico do diabetes é de domínio médico; dentistas, no entanto, podem reconhecer sinais ou sintomas associados ao diabetes mal controlado ou não diagnosticado. Muitos médicos não estão cientes da relação entre saúde bucal e diabetes, e se surpreendem ao saber que o diabetes pode resultar em xerostomia e risco aumentado de cárie dentária, doenças periodontais e outras condições bucais. Além disso, muitas vezes os médicos desconhecem que as doenças periodontais podem ter um efeito adverso no controle da glicemia em pessoas com diabetes (Mealey, 2008b).

O transplante de pâncreas ou de células isoladas das ilhotas pancreáticas (ilhotas de Langerhans), responsáveis pela produção de insulina é uma das opções

para o tratamento de pacientes com diabetes tipo 1. Ambas as formas de transplante podem eliminar ou reduzir a necessidade de terapia insulínica, podendo-se alcançar um controle glicêmico quase normal. O transplante do pâncreas pode ser realizado isoladamente, em combinação ou após o transplante renal e o sucesso pode ser limitado pela disponibilidade de doadores, rejeição ou falhas na terapia com imunossuppressores e complicações cirúrgicas. Melhorias nas técnicas operatórias e da qualidade dos imunossuppressores têm ajudado a reduzir a morbidade e mortalidade dos pacientes tornando-se uma alternativa terapêutica viável para o tratamento do diabetes (Kidambi; Patel, 2008).

Por meio de questionário enviado a 65 escolas de Odontologia do Canadá e EUA, com taxa de resposta de 77%, Wilder et al. (2009) avaliaram nos currículos educacionais dessas instituições as informações sobre as conexões entre a saúde bucal e sistêmica. A doença periodontal foi relacionada com o envelhecimento, doenças cardiovasculares, diabetes e uso de tabaco. Dos entrevistados, 88% relataram que seus alunos estão bem informados sobre o papel da doença e seu impacto sobre as condições bucais e sistêmicas e 48% disseram que fornecem treinamento formal para os alunos sobre aspectos da doença periodontal e saúde sistêmica dos pacientes. A pesquisa também descobriu que 53% gastaram mais de seis horas de ensino na conexão diabetes-saúde bucal. Poucos programas avaliaram se seus alunos indicam os pacientes a outros especialistas, mas quando eles indicam 77% referem pacientes com diabetes para o dentista e 61% para o médico especialista.

3 PROPOSIÇÃO

Em 2001, o Conselho Federal de Odontologia, na 2ª ANEO (Assembléia Nacional das Especialidades Odontológicas) reconheceu a Odontologia para PNE como uma nova especialidade odontológica. O advento dessa nova especialidade veio de encontro ao anseio dos cirurgiões-dentistas que procuravam se concentrar nos desenvolvimentos técnicos e nas complexidades desses atendimentos. Veio também de encontro à demanda de muitos pacientes que apresentam necessidades especiais para o tratamento odontológico, e que muitas vezes não tinham essa demanda atendida (Conselho Federal de Odontologia, 2005).

O presente estudo propõe-se descrever e analisar a institucionalização da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais na região metropolitana de São Paulo, em diferentes esferas da atuação profissional. Em especial, serão focalizadas três áreas:

1. A formação acadêmica dos cirurgiões-dentistas nos cursos de graduação em Odontologia;
2. A formação de especialistas em cursos de extensão universitária;
3. A constituição de unidades especializadas para a provisão de atendimento odontológico a grupos específicos de pacientes;

Como fio condutor da análise, a hipótese específica que será avaliada refere-se à implementação da especialidade odontológica em 2001, como possível fonte de projeção institucional da Odontologia para PNE, tanto no que diz respeito à formação de profissionais, na provisão de serviços e no avanço da pesquisa nessa área.

4 MATERIAL E MÉTODO

O Brasil foi o primeiro país a reconhecer a Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE) como especialidade odontológica (Mugayar et al., 2007). Com o advento da nova especialidade, algumas faculdades tomaram a iniciativa de incluir a disciplina em suas grades curriculares. Além disso, foram criados cursos de especialização e algumas unidades de atendimento, tanto no serviço público como no privado, foram destacadas por sua atuação especializada e multidisciplinar. Também se reconhece, na literatura especializada, a produção de conhecimentos sobre a Odontologia para PNE no âmbito das unidades de atendimento, ensino e pesquisa da cidade de São Paulo. O presente estudo propõe o levantamento de dados, descrição e análise da Odontologia para PNE nessas áreas da atuação profissional.

1. Avaliação do ensino odontológico.

A avaliação será dirigida ao grau de integração do conteúdo disciplinar da OPNE em suas grades curriculares. Preliminarmente, foram identificados quatorze cursos ou Faculdades de Odontologia (FO) na região metropolitana de São Paulo, incluindo as cidades de São Paulo, Mogi das Cruzes, Guarulhos e São Bernardo do Campo, os quais constituem a base para coleta de dados relativa a esse tópico da formação profissional.

Essas faculdades foram visitadas e solicitadas a informar oralmente e por meio de provas documentais a inserção do conteúdo programático da OPNE na formação de profissionais em nível de graduação, de pós-graduação formal e de especialização. Procurou-se também informar a formação profissional e técnica do coordenador da disciplina; a duração da disciplina (semestral ou anual) e sua forma de apresentação, teórica ou teórica-prática; número de docentes, alunos e sua proporção; localização da disciplina na grade; conteúdo programático; se a disciplina está vinculada a outra disciplina; número de pacientes atendidos; referência e contra-referência, ou protocolo de encaminhamento quando não houver a disciplina.

Para esse item de avaliação, foram convidados a participar do estudo os cursos e as Faculdades de Odontologia dos seguintes estabelecimentos de ensino superior:

- Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (UNIFMU)
- Universidade Braz Cubas (UBC)
- Universidade de Mogi das Cruzes (UMC)
- Universidade Metodista de São Paulo (UMESP)
- Universidade de Guarulhos (UNG)
- Universidade Ibirapuera (UNIB)
- Universidade Bandeirantes (UNIBAN)
- Universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO)
- Universidade Cidade de São Paulo (UNICID)
- Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL)
- Universidade Nove de Julho (UNINOVE)
- Universidade Paulista (UNIP)
- Universidade de Santo Amaro (UNISA)
- Universidade de São Paulo (USP)

2. Avaliação da formação de especialistas em Odontologia para PNE

A formação de especialistas foi descrita e analisada com base na realização de cursos de especialização já concluídos ou em andamento, promovidos por organizações profissionais como a Associação Paulista dos Cirurgiões-Dentistas (APCD), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) e Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia (FUNDECTO). As unidades pesquisadas foram convidadas a informar e apresentar provas documentais sobre o número de cursos realizados, número de profissionais formados e demais atividades institucionais desenvolvidas de modo integrado à realização dos cursos de especialização. Foi objeto de descrição e análise a vinculação dos cursos de especialização às entidades credenciadas, o tempo de duração, a carga horária, a capacitação do coordenador e dos docentes do curso, a

quantidade de alunos formados ou em formação, o conteúdo programático e sua interação com áreas afins.

Na cidade de São Paulo, foram preliminarmente identificados onze cursos, dos quais oito haviam sido concluídos. Em 2010, três cursos estavam em andamento, os quais constituíram a base para a coleta de dados relativa ao tópico da formação de especialistas em OPNE. Relacionam-se, em seguida, os cursos em andamento:

1. Associação Brasileira de Ensino Odontológico – ABENO.
Coordenadora: Profa. Dra. Aida Sabbagh Haddad.
2. Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas – APCD.
Coordenadora: Profa. Dra. Maria Cristina Duarte Ferreira.
3. Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia – FUNDECTO.
Coordenadora: Profa. Dra. Marina Helena C. G. de Magalhães.

3. Avaliação das unidades especiais de atendimento odontológico para pacientes com necessidades especiais (PNE).

Foram ainda descritos e analisados os serviços de atendimento especializados em unidades de OPNE na cidade de São Paulo. Em função da amplitude temática e institucional envolvida, propôs-se o seguinte recorte: pacientes com paralisia cerebral (representando o grupo de pacientes com deficiências neurológicas ou psicomotoras), pacientes com aids (representando o grupo de pacientes com doenças infecto-contagiosas) e pacientes com diabetes (representando o grupo de pacientes com doenças crônicas). Para esse fim, foram preliminarmente selecionadas as seguintes unidades de atendimento odontológico para PNE na cidade de São Paulo:

1. Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD.
Coordenador: Dr. Marcelo Furia Cesar.
2. Associação Nacional de Assistência ao Diabético – ANAD.
Coordenadora: Dra. Patrícia Cassino.

3. Centro de Referência e Treinamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS – CRT DST/AIDS.

Coordenadora: Dra. Catalina Riera Costa.

Nesses centros especializados, foi objeto de descrição e análise a capacitação e quantidade de profissionais envolvidos (cirurgiões-dentistas, assistentes de consultório dentário e técnicos de higiene dentária); a interação da equipe de saúde bucal com os demais profissionais de saúde; as atividades e programas (como aprimoramento e aperfeiçoamento) desenvolvidos pela entidade em relação à Odontologia.

As coletas de dados desse estudo foram realizadas em faculdades de Odontologia, cursos de especialização e unidades de atendimento especializadas. O levantamento de informações foi executado consonante a um questionário; observação e acompanhamento das rotinas de atendimentos, com os cirurgiões-dentistas, os gestores da unidade, os coordenadores do serviço e os professores. As questões não esclarecidas durante as visitas foram dirimidas por contato telefônico, via correio eletrônico (*e-mail*) ou contato pessoal.

Segundo Nogueira-Martins (2001), o modelo qualitativo de investigação trata fundamentalmente de significados e processos e não de medidas. A veracidade do que foi relatado deve apresentar concordância, ao menos temporária, embora possam existir outras verdades igualmente aceitáveis. Existem, basicamente três tipos de entrevistas: a entrevista estruturada ou fechada, a semi-estruturada e a entrevista livre ou aberta.

Os questionários (Apêndices A, B e C) seguiram o modelo de entrevista semi-estruturada, partindo de uma relação de questões previamente elaboradas, mas, que ao sabor do discorrimento do entrevistado e perspectivas ulteriores de situações intrigantes, pressentidas pelo pesquisador, eram passíveis de serem modificadas no intuito de se aprofundar o tema.

Não foram previstos riscos à saúde, danos de qualquer natureza ou desconforto para os gestores das instituições envolvidas no estudo e que concordaram em participar da pesquisa. Enquanto informantes do estudo, os gestores das instituições envolvidas no estudo foram informados de sua absoluta liberdade de escolha quanto à participação, ausência de consequências no caso de recusa e possibilidade de interromper a participação, mesmo depois de anuir em colaborar.

O protocolo de pesquisa foi submetido para apreciação e análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e o Parecer de Aprovação recebeu o número: FR 232064 Protocolo 221/08 (Anexo A).

5 RESULTADOS

5.1 Cursos de graduação em Odontologia

Universidade de Santo Amaro – UNISA

As Faculdades de Santo Amaro (FASA) foram fundadas em 1968. Em 1994, essa Instituição tornou-se Universidade e passou a se chamar UNISA - Universidade de Santo Amaro. O curso de Odontologia foi autorizado a funcionar em 1976 e reconhecido em abril de 1979, tornando-se a primeira Faculdade de Odontologia particular da cidade de São Paulo. O curso de Odontologia é oferecido no campus I Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 349, Santo Amaro, zona sul, na cidade de São Paulo.

O diretor da FO é o Prof. Dr. Waldir Logullo Parizoto Grec. O coordenador da disciplina de OPNE é o Prof. Dr. João Ferreira dos Santos Jr., especialista em Cirurgia Buco-maxilo-facial e mestre e doutor em Ciências da Saúde pela UNIFESP. A disciplina conta com dois professores, o Prof. Dr. Carlos Eduardo, especialista e mestre em Estomatologia e doutor em Ciências da Saúde e o Prof. Dr. José Camilo, especialista em Periodontia e mestre em Ciências da Saúde. A disciplina não conta com equipe de apoio multidisciplinar e nem monitoria.

O atendimento de PNE começou na UNISA em 2000, como estágio extracurricular do curso de Odontologia, sendo incorporado, em 2004, como disciplina obrigatória na disciplina de Clínica Integrada. A formação multidisciplinar em PNE começa no 2º ano na disciplina de Semiologia, que aborda diversas doenças sistêmicas e interpretação de exames laboratoriais.

No 3º ano, na disciplina de Propedêutica Clínica, continua a abordagem e atendimento de PNE do ponto de vista oncológico, síndromes e doenças sistêmicas com manifestações bucais. A disciplina de OPNE específica é ministrada no 4º ano,

junto à disciplina de Clínica Integrada onde o aluno tem a possibilidade do atendimento clínico de pacientes. A carga horária é de 96 horas, com um terço de aulas teóricas e os dois terços restantes aulas práticas. Não há atendimento extramuros.

Em 2010, 42 alunos cursaram a disciplina, numa proporção de 14 alunos por professor. Há autonomia para o atendimento, mas casos mais complexos demandam a ajuda dos professores. No começo do ano letivo, a atuação clínica é motivo de apreensão para os estudantes, pelo desconhecimento do que está por vir. Mas, à medida que o curso se desenvolve, os alunos vão se tornando mais confiantes e passam a atender os PNE com mais desenvoltura.

A clínica odontológica possui espaço físico adequado para fazer o atendimento de PNE, sendo disponível aparelho de sedação consciente com óxido nitroso, quando existe a indicação.

Para todos os pacientes são solicitados exames laboratoriais (hemograma, coagulograma e glicemia), o que auxilia o aluno a se acostumar com a solicitação e interpretação desses exames. Solicitações de exames adicionais podem ser encaminhadas ao Laboratório de Análises Clínicas da própria UNISA, de responsabilidade do curso de Farmácia. Quando há necessidade de avaliação da Clínica Médica, são solicitadas inter-consultas entre as especialidades do curso de Medicina.

Quando é necessário atendimento hospitalar sob anestesia geral, este é feito em associação com a Faculdade de Medicina. O protocolo para o tratamento em hospital segue a seguinte ordem: requisição de exames, avaliação pré-anestésica uma semana antes do procedimento com o anestesista responsável, atendimento hospitalar pelo aluno de graduação responsável pelo caso e supervisão de um dos professores da disciplina.

Do ponto de vista pedagógico, são realizados seminários ao final do semestre, nos quais cada aluno é instado a apresentar o relato de um caso clínico, com revisão de literatura, sobre algum PNE que tenha sido atendido na unidade.

Com essa metodologia de ensino, os alunos partilham suas experiências, dificuldades, expõem seus medos e preconceitos, os quais são trabalhados ao longo do semestre.

Os alunos da UNISA têm a oportunidade de contar, em sua formação clínica como cirurgiões-dentistas, com múltiplas interações de diagnóstico, tratamento e relação interpessoal com o PNE.

Universidade Cruzeiro do Sul – UNICSUL

A Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL) foi reconhecida pelo Ministério da Educação em 1993. O curso de Odontologia atua em dois endereços, na unidade 1, Rua Taiuvinha, nº 26 em São Miguel Paulista, zona leste e na unidade 2, Rua Galvão Bueno, nº 868, Centro, ambas na cidade de São Paulo.

O Prof. Dr. Igor Prokopowitsch é o coordenador do curso de Odontologia e a coordenadora da disciplina de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE) é a Profa. Dra. Maria Teresa Botti Rodrigues dos Santos. A clínica de OPNE começou na unidade 1 em 2000 e na unidade 2 no ano de 2008.

A Profa. Dra. Maria Teresa é formada pela FOU SP, com especialidades nas áreas de Odontogeriatrics e OPNE, possui também títulos de mestre e doutora pela Universidade Federal de São Paulo e pós-doutorado pela UNICAMP.

A disciplina conta com mais quatro professores, Profa. Dra. Maria Salete Nahas Pires Corrêa, doutora em Odontopediatria; Profa. Soraya Carvalho Costa, mestre em Estomatologia, Profa. Dra. Renata de Oliveira Guaré, doutora em Odontopediatria e o Prof. Dr. Jonas Rodrigues, doutor em Odontopediatria. A disciplina não dispõe do apoio de equipe multidisciplinar.

As clínicas de ambas as unidades são amplas, e contam com acesso adequado para PNE. Os equipamentos são comuns à clínica odontológica da

faculdade. São aparelhadas com equipamentos de primeiros-socorros e segue as orientações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

A disciplina é obrigatória e independente, não está vinculada a nenhuma outra cadeira do curso de Odontologia. A disciplina de OPNE é ministrada nos 7º e 8º semestres para os graduandos do curso, nos dois campi da Universidade. Têm o mesmo conteúdo programático e são desenvolvidas em 80 horas por semestre. O curso é teórico e prático, mas não há atendimento extramuros.

São 21 alunos na unidade 1 (15 do gênero feminino e 6 do masculino), com proporção de sete alunos por professor, não há monitoria. Os docentes intervêm quando solicitados e os limites de atuação dos alunos dependem das condições comportamentais, mas não das condições clínicas, pois podem atender todo tipo de PNE. Não há atendimento sob anestesia geral. Na unidade 2, atuam quatro professores, e estão matriculados na disciplina 35 alunos (27 do gênero feminino e 8 do masculino) numa proporção de nove alunos por professor.

Os alunos são estimulados a participar desde o início da graduação e mostram interesse pelo tema PNE. A “fama” da disciplina corre entre os graduandos que chegam aterrorizados com a possibilidade de atender o “diferente”. Mas ao final de cada ano, os alunos se apaixonam pelo atendimento que realizam. Numa avaliação da equipe odontológica, mais de 85% dos alunos declaram estar bastante satisfeitos com as atividades desenvolvidas na disciplina.

O suporte didático consta do fornecimento de matéria específica e provas de avaliação. Previamente às aulas, os alunos recebem orientação sobre o assunto a ser ministrado e por isso devem vir com noções básicas sobre o tema.

O conteúdo programático aborda os defeitos físicos, deficiência mental, deficiências sensoriais, transtornos psiquiátricos e comportamentais, síndromes mais prevalentes e doenças sistêmicas crônicas. As aulas teóricas têm 1:30h de duração durante os dois semestres.

Os PNE passam por uma triagem prévia realizada pelos professores. São atendidos dois pacientes por dupla por período, sendo que há revezamento da dupla

durante o atendimento. Os alunos atuam em todas as áreas da Odontologia, com procedimentos clínicos e cirúrgicos, exceto Ortodontia e Implantes. Os pacientes mais complexos são encaminhados para cursos de especialização em OPNE e hospitais de referência.

Universidade Braz Cubas– UBC

A Universidade Braz Cubas (UBC) foi reconhecida pelo MEC em 1983, atua no município de Mogi das Cruzes, região metropolitana de São Paulo. O curso de Odontologia fica na Avenida Francisco Rodrigues Filho, 1233, Mogilar, Mogi das Cruzes, São Paulo.

O coordenador do curso de Odontologia é o Prof.Dr Cláudio Osiris. A Profa. Dra. Jane Sanchez, formada na Metodista e mestre e doutoranda do departamento de Morfologia e Genética Clínica da UNIFESP, é responsável pela disciplina de OPNE e pelo NEANE – Núcleo de Estudos e Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais. O curso de Odontologia da UBC existe desde 1997, entretanto, a clínica passou a atuar em 1999, em 2006 o curso passou a ser ministrado somente à noite.

A clínica para atendimento de PNE é ampla, dispõe de cadeiras odontológicas e equipamentos comuns de um curso de Odontologia e conta com acesso adequado aos pacientes cadeirantes. O curso de OPNE disponibiliza para seus pacientes serviços de radiologia com aparelho de raios-X panorâmico, operado por alunos que já concluíram a disciplina de Radiologia. A clínica possui equipamentos de primeiros-socorros e segue as orientações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

A disciplina é independente e não está vinculada a nenhuma outra cadeira da faculdade. O curso é ministrado no sétimo semestre, o modelo de aulas é teórico-prático. Existe atendimento extramuros, na APAE de Mogi das Cruzes, uma vez por semana, com acompanhamento de professor. A disciplina não dispõe do apoio de

equipe multidisciplinar. O número de alunos não é fixo, no segundo semestre de 2010 havia 17 alunos matriculados na disciplina.

Além dos pacientes da região que procuram a faculdade para tratamento odontológico, o curso de Fisioterapia da Universidade e associações que atendem PNE referenciam pacientes como, por exemplo, o Instituto de Nefropatas de Mogi das Cruzes e Suzano. Outra fonte de encaminhamento de PNE é o Centro de Genética Médica da UNIFESP. A professora Jane Sanchez, que mantém um ambulatório para avaliação das condições bucais dos pacientes sindrômicos em tratamento na Universidade, é a responsável pela triagem e encaminhamento dos pacientes para atendimento odontológico.

Os próprios alunos colaboram na triagem dos pacientes, em conjunto com a professora da disciplina. São discutidos os aspectos gerais do atendimento e os alunos atendem todo tipo de PNE. Mas, dependendo das condições clínicas e comportamentais do PNE, a Dra. Jane intervém quando solicitada. Casos mais complexos e de difícil abordagem são encaminhados para hospitais públicos da região. Os pacientes seguem com carta de recomendação da disciplina, mas a disciplina não tem conhecimento de como são atendidos os pacientes que foram referenciados a outras unidades de saúde. Não há atendimento sob anestesia geral.

O suporte didático consta de bibliografia sugerida. Muitas vezes utilizam aparelhos multimídia para aulas teóricas e fornecimento de matéria específica. As provas de avaliação são bimestrais e os alunos são avaliados na clínica pelo desempenho prático. Os estudantes participam de seminários e preparam pôsteres para apresentação no congresso da faculdade.

São atendidos dois PNE por aluno, por período. Os alunos atuam em todas as áreas da Odontologia, com procedimentos clínicos e cirúrgicos, exceto Ortodontia e Implantes. O curso é noturno e por isso poucos pacientes são crianças. As crianças geralmente são tratadas no NEANE.

O NEANE, criado pela Profa. Jane e pelo Prof. Claudio, é um núcleo de estudos e atendimento, que atua dentro da própria clínica no período vespertino,

uma vez por semana, e está vinculado à faculdade de Odontologia. Alunos de todos os semestres participam voluntariamente e há intensa interação com os PNE, pois, não sendo atividade obrigatória, os alunos que ali atuam demonstram bastante dedicação. Ao final do semestre, os participantes recebem um certificado com cinquenta horas de estágio supervisionado, o qual é incluído como créditos no histórico escolar do aluno. O ambiente do NEANE é descontraído e ajuda a desmistificar as dificuldades do atendimento de PNE. Em 2010, havia vinte e seis alunos inscritos.

Universidade Paulista – UNIP

A Universidade Paulista (UNIP) reconhecida pela Portaria nº 550/88, iniciou suas atividades em 1988. A Faculdade de Odontologia localiza-se na Rua Dr. Bacelar, 1212, Indianópolis, na zona sul de São Paulo.

O coordenador da Odontologia é o Prof. Dr. Paschoal Laércio Armonia. O Prof. Dr. Elcio Magdalena é titular da Clínica Integrada e da disciplina de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. Dr. Elcio tem mestrado e doutorado na área de Diagnóstico e Clínicas Odontológicas respectivamente. Além do Dr. Elcio, há três professores ligados a disciplina: Dra. Setsuko especialista em OPNE; Dra. Rosemary e Dra. Ruth, ambas com mestrado.

Os professores foram selecionados em entrevista, sendo analisados o conhecimento e vivência na área e o comprometimento com a causa. Não há equipe multidisciplinar.

A disciplina de OPNE está ligada ao Centro de Estudos e Atendimento a Pacientes Especiais – CEAPE UNIP – SP. Os pacientes são atendidos na graduação e pós-graduação. A duração da disciplina é de dois semestres (7º e 8º). O programa consta de dois meses de aulas teóricas no início do semestre e depois acompanhamento em clínica. As aulas teóricas contemplam seminários e discussões dos casos mais complexos.

São setenta alunos. No início do programa esses alunos respondem um questionário para avaliação do grau de conhecimento a respeito da OPNE. O mesmo questionário é re-aplicado no final do curso para ser feita uma comparação de progresso dos alunos que cursaram a disciplina. O limite de atuação do aluno vai depender do momento do curso e grau de aprendizado.

O material didático é composto por livros da biblioteca da faculdade, material preparado pelos próprios ministradores, e bases informatizadas de dados que são mantidas pela própria Universidade.

A maioria dos pacientes é encaminhada por outros usuários da clínica odontológica da UNIP, também há divulgação da oferta de atendimento pela mídia. Outra fonte importante de encaminhamento de pacientes são os serviços de atendimentos especializados em DST/Aids da prefeitura de São Paulo, que contam com quinze unidades, e mantêm importante parceria com a Universidade para diagnóstico das manifestações bucais e tratamento odontológico desses pacientes. Casas de apoio a PNE da região também encaminham pacientes.

A UNIP promove um curso de pós-graduação, no âmbito de mestrado, na área de interesse. São oito alunos que cumprem créditos nas duas disciplinas oferecidas: Clínica Odontológica para Pacientes com Necessidades Especiais (CEAPE) e Atendimento Odontológico aos Pacientes com Doenças Sexualmente Transmissíveis e Doenças Infecto-Contagiosas. Os alunos desenvolvem pesquisas desde a iniciação científica e mestrado em Odontologia, com área de concentração em Diagnóstico Bucal.

São atendidos por semana, cerca de 50 pacientes com doenças infecto-contagiosas em quatro consultórios específicos e 150 pacientes com manifestações sistêmicas, sindrômicas e outras patologias nas outras dependências da clínica.

Os pacientes que necessitam de intervenção com anestesia geral são encaminhados para a UNIFESP, Hospital Heliópolis e Hospital das Clínicas. O curso não disponibiliza atendimento hospitalar sob anestesia geral.

Todos os alunos são convidados a apresentar trabalhos na jornada acadêmica da faculdade. Os alunos da pós-graduação produzem teses e artigos para revistas científicas que são apresentados no Brasil e exterior.

O questionário aplicado aos alunos da graduação obedece ao seguinte roteiro:

1. O que você espera do curso de Pacientes com Necessidades Especiais?
 - a. Aprender algo diferente
 - b. Não aprender nada
 - c. Não é de seu interesse
 - d. Muito interessante
 - e. Não tem opinião formada

2. Já tinha conhecimento sobre o atendimento odontológico em PNE?
 - a. Nenhum
 - b. Pouco
 - c. Muito

3. Você tem algum tipo de rejeição com relação ao atendimento?
 - a. Sim
 - b. Não

4. Você sente medo de atender PNE?
 - a. Sim
 - b. Não

5. Você sente angústia?
 - a. Sim
 - b. Não

6. Você tem pena, tristeza?
 - a. Sim
 - b. Não

7. Você acredita que seja importante este aprendizado para o seu futuro profissional.
 - a. Sim
 - b. Não

8. Você pretende atender PNE depois de formado?
- Sim
 - Não
9. Quais os tipos de PNE que você já teve contato?
- Deficientes físicos
 - Deficientes mentais
 - Autistas
 - Sindrômicos
 - Pacientes com alterações sistêmicas crônicas
 - Pacientes com alterações comportamentais
10. Você acredita que o PNE só deve ser atendido em âmbito hospitalar?
- Sim
 - Não
11. Ao se formar, se receber um PNE em seu consultório você pretende:
- Indicá-lo a um colega ou especialista
 - Buscar cada vez mais conhecimentos para atender às necessidades deste paciente
 - Simplesmente dizer que não atende este tipo de paciente e que eles requerem atendimento especializado
 - Tentar estar preparado para este paciente antes mesmo que ele apareça ao consultório
12. Como você acredita ser seu primeiro impacto com os PNE na clínica:
- Medo
 - Nervosismo
 - Ansiedade
 - Cautela
 - Receio
 - Alegria
 - Satisfação
13. Você acredita estar preparado para o atendimento odontológico aos PNE na clínica?
- Sim
 - Não
14. O que você acha que faltou, em sua formação, para este tipo de atendimento?
- Maior conteúdo teórico
 - O que aprendemos na teoria já é o suficiente

- c. O aprendizado será mais bem entendido quando em contato com o paciente na clínica
- d. A clínica odontológica seria o suficiente para aprender a lidar com este grupo de pacientes

15. Você acredita que atender PNE:

- a. Aumentará sua bagagem ao atendimento de quaisquer pacientes como um todo
- b. Não acrescentará nada em sua rotina, é apenas uma disciplina obrigatória a ser cumprida
- c. O tornará mais humanitário
- d. O tornará mais realista

Universidade de São Paulo– USP

A Universidade de São Paulo (USP) foi fundada em 1934. No mesmo ano a Faculdade de Farmácia e Odontologia foi incluída como um dos institutos da Universidade de São Paulo. Em 1962, ocorreu a separação dos cursos de Farmácia e Odontologia, dando origem à Faculdade de Odontologia de São Paulo. A FOUSP localiza-se na Avenida Lineu Prestes, 2227, Cidade Universitária, zona oeste da cidade de São Paulo.

O Prof. Dr. Rodney Garcia Rocha é o diretor da faculdade de Odontologia e a Profa. Dra. Marina Helena Cury Gallottini de Magalhães é a coordenadora da disciplina de OPNE. A Dra. Marina concentra sua atuação na área de Patologia Bucal e OPNE.

A OPNE na FOUSP apresenta-se como disciplina optativa para o curso de graduação. São ofertadas 20 vagas e, a partir do momento em que o aluno opta pela participação na disciplina, ela automaticamente se torna obrigatória. Os alunos recebem aulas teóricas e práticas, com provas e estão sujeitos a ficar em dependência se não concluírem adequadamente o programa. A disciplina ocorre no 1º semestre do 5º ano, apenas no período diurno. A atenção clínica é realizada no Centro de Atendimento a Pacientes Especiais (CAPE) mantido pela Faculdade.

Colaboram na disciplina optativa a Profa. Dra. Karen Ortega e quatro preceptores que colaboram na atenção aos alunos e pacientes. Na clínica participam do atendimento duas TSB e uma ASB. Não há programação extramuros.

No início do ano, os alunos da FOUSP recebem via *mailing* a grade de disciplinas optativas que são oferecidas no semestre. É realizada uma prova para a seleção dos alunos que pretendem cursar a disciplina. O suporte didático é realizado por livros da biblioteca e artigos da literatura nacional e internacional. A disciplina também oferece um CD-ROM contendo um questionário de saúde denominado “Considerações Médicas para a Prática Odontológica”. Trata-se de um conjunto de perguntas, respostas e protocolos de tratamentos a algumas das doenças mais recorrentes nos pacientes que se sentam nas cadeiras odontológicas atualmente.

A triagem dos PNE encaminha para o atendimento pelos alunos aqueles que imponham pouca dificuldade para o atendimento, pouca resistência ao tratamento ou que apresentem alterações morfológicas moderadas. Essa preocupação visa evitar que os estudantes de graduação se sintam intimidados pelas dificuldades de atendimento dos PNE que apresentam condições clínicas mais complexas.

Os pacientes são, em sua maioria, oriundos da região metropolitana de São Paulo. Muitos vêm de unidades básicas de saúde, hospitais e associações assistenciais. São atendidos PNE com todas as patologias, com ênfase nos pacientes com doenças infecto-contagiosas, alterações neurológicas e sistêmicas.

Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Em janeiro de 2008, o Centro Universitário Nove de Julho foi credenciado pelo MEC como Universidade Nove de Julho (UNINOVE). O curso de Odontologia localiza-se no campus Vergueiro, situado à Rua Vergueiro, 235, Liberdade, zona central da cidade de São Paulo.

São dois os coordenadores do curso de Odontologia, o Prof. Dr. André Tortamano e o Prof. Dr. Luiz Otávio Alves Camargo. A Profa. Dra. Kátia Lumi Tanikawa, professora da disciplina de Odontopediatria é a responsável pela atenção aos PNE que procuram a Faculdade de Odontologia.

A Clínica Escola de Odontologia da UNINOVE conta com 102 consultórios para atendimento odontológico com de amplo espaço físico. O atendimento a pacientes portadores de deficiências físicas, como cadeirantes, assim como outros PNE tem sido realizado com a possibilidade de transferência segura do paciente à cadeira do equipo odontológico.

O acesso de entrada à Instituição e a clínica escola de Odontologia possui rampas e barras de segurança em todo o trajeto e os corredores da clínica são amplos. Na sala de espera há espaço para cadeiras de rodas serem acomodadas junto às demais cadeiras de pacientes.

Há sanitário devidamente adequado e de uso exclusivo para cadeirantes no mesmo ambiente dos demais sanitários e com todos os itens de equipamentos específicos, barras, ventilação, sinalização e facilidade de acesso de acordo com a ANVISA.

A Clínica Escola de Odontologia da UNINOVE conta com o apoio do curso de Enfermagem que realiza estágio com alunos dos últimos semestres sob a supervisão de uma professora enfermeira. Os estagiários do curso de Enfermagem realizam palestras sobre saúde geral, abordando temas como doenças sistêmicas e formas de prevenção, assim como orientação para busca de tratamento. Antes da consulta odontológica, os estagiários aferem a pressão arterial dos pacientes e informam o aluno de Odontologia que irá atendê-lo.

Apesar do curso não possuir uma disciplina específica para a capacitação de atendimento a PNE, o conteúdo programático desse atendimento é integrado às disciplinas voltadas à formação do cirurgião dentista generalista. Temas como o preparo psicológico do cirurgião dentista, o atendimento de pacientes com doenças

sistêmicas e síndromes, entre outros, são trabalhados com os alunos desde os primeiros semestres nas disciplinas básicas.

O conhecimento da área de atuação com PNE é abordado ainda no primeiro ano, como tema de seminário de disciplina e desperta grande interesse e curiosidade nos alunos, que muitas vezes ingressam ao curso ignorando esta atuação como especialidade. Nas Jornadas e Encontros Acadêmicos, são realizadas palestras e cursos em que o tema “paciente com necessidades especiais” é abordado por professores convidados.

Professores do curso de Odontologia têm elaborado projetos de parceria de atendimento odontológico a pacientes de outros cursos da instituição, com o objetivo de identificar o perfil de necessidades odontológicas dos indivíduos com disfunção neurológica, cardiopulmonar e dos cuidadores (pacientes ocultos), que frequentam a reabilitação do Ambulatório Integrado de Saúde da UNINOVE.

O contato dos alunos do curso de Odontologia com PNE pode proporcionar a oportunidade dos acadêmicos exercerem a cidadania voluntariamente, além da contribuição para o crescimento pessoal e humanístico de cada futuro odontólogo, conscientizando-os da importância de exercerem o verdadeiro papel de “profissional da saúde”.

Com a continuidade da parceria, o tratamento dentário pode melhorar condições de alimentação e digestão, devolvendo a função mastigatória; a estética, o convívio social e, sobretudo, a felicidade destes indivíduos pela obtenção do sorriso e de maiores possibilidades de inclusão social e profissional.

O atendimento a este público é realizado diariamente em todas as disciplinas clínicas, nos limites da proposta de um curso de graduação, quando a exigência de cuidados especiais não ultrapassa o âmbito ambulatorial.

Os acadêmicos deste curso são preparados para adotarem uma abordagem holística de seus pacientes, preocupando-se com os aspectos físicos, sistêmicos e psicológicos que repercutem no atendimento odontológico.

Quando se é verificada a impossibilidade de atendimento na Clínica Escola de Odontologia, o que raramente acontece, o professor realiza encaminhamento para cursos de especialização e para o CAPE da FOU SP. Existe um impresso da instituição para encaminhamento de pacientes para pedido de atendimento em outras instituições de ensino.

Os dados de saúde geral e sistêmica de todos os pacientes são anotados e atualizados a cada consulta na Clínica Escola de Odontologia da UNINOVE.

Escolheu-se a disciplina de Estomatologia pra um levantamento de dados numéricos do perfil de pacientes que são atendidos na Clínica escola, pois essa disciplina realiza a triagem dos pacientes e que, portanto apresentaria uma amostragem geral dos pacientes atendidos nas disciplinas clínicas.

De 53 pacientes atendidos 62% apresentam alguma doença sistêmica em seus diferentes graus, sendo que 40% são hipertensos e os demais apresentam diversas cardiopatias, diabetes e lupus; 9% apresentaram deficiências físicas de locomoção, considerando este grupo os pacientes que necessitam de equipamentos de apoio como bengalas e muletas, ou de locomoção como cadeiras de rodas.

Universidade Cidade de São Paulo – UNICID

Criada em 1972 como Faculdades da Zona Leste de São Paulo (FZL), a instituição foi reconhecida como Universidade em 1992, passando a se chamar Universidade Cidade de São Paulo e adotando a sigla UNICID desde 2004. Sua Faculdade de Odontologia está localizada na Rua Cesário Galeno, 448, bairro do Tatuapé, São Paulo. O coordenador do curso é o Prof. Dr. Claudio Fróes de Freitas, que atua na área de Estomatologia e Radiologia Odontológica.

A clínica odontológica tem capacidade para 180 atendimentos por dia em 61 consultórios, dos quais 47 estão projetados de acordo com as regras da ANVISA. A clínica principal da faculdade tem acesso por escada e não possui escada rolante,

rampa ou elevador. Um box é destinado a PNE cadeirantes na clínica de triagem no andar térreo.

O curso de Odontologia não possui a disciplina de OPNE, mas algumas crianças com deficiências são atendidas na clínica de Odontopediatria e alguns PNE adultos na Clínica Odontológica Integrada. Na área de PNE, a Faculdade oferece serviços de prevenção a câncer bucal.

A FO-UNICID passou recentemente por um processo de reestruturação da grade curricular, com enfoque na formação do aluno mais próximo às necessidades da população. Para essa finalidade, foram programadas atividades com PNE para o 7º e 8º períodos em 2012. Programou-se, ainda, uma ação conjunta com outras disciplinas, para viabilizar o atendimento desses pacientes.

A unidade não dispõe de protocolo específico de encaminhamento para outras instituições dos PNE mais comprometidos.

Universidade Bandeirante de São Paulo – UNIBAN

Em dezembro de 1993, o Conselho Federal de Educação reconheceu e, em janeiro de 1994, o Ministério da Educação homologou a Universidade Bandeirante de São Paulo (UNIBAN). Em 1995 foi criado o campus Maria Cândida, onde funciona a Faculdade de Odontologia, situada na Rua Maria Cândida 1813, Vila Guilherme, zona norte de São Paulo.

O diretor do curso é o Prof. Dr. Laurindo Borelli Neto que tem sua formação em Odontologia pela Universidade Paulista e doutorado em Ciências, com área de concentração em Anatomia Humana, pelo Instituto de Ciências Biomédicas da USP, e é especialista em Periodontia.

A FO-UNIBAN não disponibiliza disciplinas de OPNE para seus alunos, mas faz o atendimento de PNE na Clínica Odontológica Integrada. A clínica odontológica

é ampla e está adaptada para receber pacientes cadeirantes e com dificuldades de deambulação.

A UNIBAN mantém o Centro de Reabilitação UNIBAN – CRU, para pacientes com alterações neurológicas, por isso, quando do início do curso de Odontologia, disponibilizou a disciplina de OPNE para seus alunos. A disciplina esteve ativa até 2003, mas com as mudanças curriculares ocorridas em 2004, o conteúdo programático mínimo necessário da área passou a ser absorvido pela COI, no 4º ano, e essa programação se manteve nos anos seguintes. O Prof. Borelli salienta que conforme instruções das diretrizes curriculares nacionais, a intenção é formar profissionais generalistas, com forte cunho social e humanista.

A COI não possui professores com atribuição específica para a OPNE, mas alguns professores se dispõem a orientar os alunos quando necessário. Quando há tratamento de PNE, os alunos seguem um protocolo de condutas específico para eles. Um convênio entre a FO-UNIBAN e o Hospital de Vila Nova Cachoeirinha prevê o atendimento de PNE, pelos professores da disciplina de Cirurgia e Traumatologia da Faculdade. Existe a intenção de formalizar um curso de especialização na área de OPNE para absorver os pacientes não atendidos pelos alunos da graduação.

Universidade de Guarulhos – UNG

A Universidade de Guarulhos (UNG) teve seu reconhecimento oficial em 1986. A Faculdade de Odontologia está situada na cidade de Guarulhos, na Praça Teresa Cristina nº 1, Centro. O diretor da Faculdade é o Prof. Dr. Mário Alberto Marcondes Perito e a Profa. Dra. Tânia Rocha Cabral Ribas atua como diretora-adjunta. A clínica odontológica conta com 114 consultórios. Disponibilizam ainda oito boxes nas clínicas de Radiologia e de Implantes.

A FO-UNG não oferece a disciplina de OPNE. A Dra. Andressa Robes é responsável pelo atendimento dos PNE na clínica de urgência e conta com apoio de todas as disciplinas inclusive cursos de pós-graduação.

Um total de 17 pacientes especiais foi atendido entre março e maio de 2010. Nesses pacientes foram realizados um total de 24 procedimentos nas áreas de Periodontia, Dentística, Endodontia e Orientação odontológica. Quatro pacientes foram referenciados para o tratamento pela clínica de Fonoaudiologia e Fisioterapia da Universidade, três deles vieram da clínica odontológica, dois do Hospital e Maternidade Jesus, José e Maria, de Guarulhos, e oito foram inscritos na recepção da FO-UNIBAN. Sete pacientes foram encaminhados para setores específicos, dois para a disciplina de Odontopediatria, dois para disciplina de Prótese Dentária, três para disciplina de Ortodontia e um paciente com fissura palatal para a FOUSP.

Quando há necessidade, casos mais complexos são encaminhados para APCD de Santana, para Associação Brasileira de Ensino Odontológico (Bairro de Santo Amaro, zona sul de São Paulo) e Casas André Luiz (Instituição especializada em pessoas com deficiência intelectual). Como protocolo, há uma carta padrão de encaminhamento, a qual é preenchida após contato prévio com o responsável pela instituição referenciada.

Universidade Metodista de São Paulo

Em 1970, foi criado o Instituto Metodista de Ensino Superior - IMS, em São Bernardo do Campo, região do ABC Paulista. Em 1997, o IMS conquistou o status de Universidade. A Faculdade de Odontologia situa-se na Rua Alfeu Tavares, 149, Rudge Ramos. O coordenador da Faculdade de Odontologia da Metodista, na área de graduação, é Prof. Dr. André Passarelli Neto. O Dr. Passarelli é formado pela mesma faculdade e mestre na área de Semiologia.

A FO não contempla em sua grade curricular a disciplina de OPNE. Existe um projeto de extensão para atendimento de PNE, com três professores programados

para oferecer aulas de cuidados a pacientes com alterações sistêmicas. Há também atendimento de PNE na disciplina de Prótese-Buco-Maxilo.

O paciente que chega à Faculdade de Odontologia passa por uma triagem geral realizada por uma enfermeira, que realiza a anamnese. O paciente é encaminhado posteriormente para a clínica odontológica, onde passa por triagem e anamnese específica. Existe acesso facilitado para cadeirantes.

Casos específicos de PNE, e dependendo da necessidade de alguns desses pacientes, podem ser encaminhados para outras disciplinas e o atendimento é feito em boxes mais largos.

A unidade não possui protocolo específico de encaminhamento, mas as indicações, em geral, são dirigidas ao Hospital Heliópolis.

O atual projeto pedagógico foi remodelado em 2008 e deve ser atualizado em 2011, para ser implementado em 2012. Nessa ocasião, será repensada a ideia de se inserir o conteúdo específico de um módulo curricular para atendimento odontológico de PNE.

Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas

O Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, mais conhecido pela sigla FMU, foi fundado em 1968. A Faculdade de Odontologia está localizada na Av. Santo Amaro, 1.289, zona sul da cidade de São Paulo.

A coordenação da Faculdade de Odontologia da FMU, na área de graduação, é exercida pela Profa. Dra. Elaine Cristina Escobar. A Dra. Elaine tem sua formação profissional pela Faculdade de Odontologia da USP e sua área de atuação está em Periodontia.

A FO-FMU não disponibiliza em sua grade curricular a disciplina de OPNE, mas, segundo a coordenação, há o atendimento em outras disciplinas, especificamente na Odontopediatria e na Clínica Integrada. Alguns pacientes são oriundos da Faculdade de Fisioterapia, que tem clínica contígua à clínica odontológica. A Faculdade de Biomedicina realiza exames laboratoriais complementares.

A Dra. Elaine não soube precisar quantos PNE são atendidos semestralmente, mas reiterou a preocupação da faculdade em formar alunos capacitados para compreender o “paciente como um todo”. Por isso, os alunos passam por um estágio supervisionado no 4º semestre e a Clínica Integrada inicia-se no 5º semestre. Pacientes com síndromes, paralisia cerebral, doenças sistêmicas ou doenças infecto-contagiosas estão entre os PNE atendidos. Pacientes mais complexos são encaminhados para o curso de especialização da APCD e o CAPE da USP.

A clínica odontológica do piso inferior tem fácil acesso para PNE e, na clínica do piso superior, o acesso é feito por elevador. Os alunos atuam em dupla e atendem em média três pacientes por período. Quando o tratamento se destina a PNE diminuem para um ou dois, dependendo da complexidade do atendimento.

A unidade planejou para o 1º semestre de 2011 a criação de um curso de extensão modular, contemplando a área de PNE, especificamente dirigido para aqueles afetados por doenças sistêmicas.

Universidade Ibirapuera – UNIB

Universidade Ibirapuera (UNIB) foi implantada em 1969, no bairro de Moema, São Paulo. A Faculdade de Odontologia está estabelecida no campus da Chácara Flora, na Avenida Interlagos, 1329, zona sul da capital.

A coordenadora do curso, Profa. Dra. Adriana Ortega, ligada à área de Odontopediatria e OPNE informa que a Faculdade de Odontologia da UNIB, passa por um momento de reestruturação e que não possui atendimento a PNE, mas é de interesse da Faculdade que, no futuro, essa disciplina faça parte da grade curricular do curso de Odontologia.

Universidade Camilo Castelo Branco – UNICASTELO

A Universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO) não aceitou participar do presente estudo.

Universidade de Mogi das Cruzes – UMC

A Universidade de Mogi das Cruzes (UMC) não aceitou participar do presente estudo.

5.2 Especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais

Associação Brasileira de Ensino Odontológico – ABENO

A ABENO é uma entidade de classe fundada em 1956 e tem por finalidade promover a melhoria do ensino odontológico do país. Em 1991, a ABENO foi autorizada a organizar e ministrar cursos de especialização e atualização em Odontologia. A primeira turma de especialização em OPNE da ABENO foi formada em 2002.

A coordenação do curso é exercida pela Prof. Dra. Aida Sabbagh Haddad, mestre em Clínicas Odontológicas, área de concentração Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e doutora em Diagnóstico Bucal, área de concentração Radiologia pela FOU SP e especialista em OPNE. Oito professoras fazem parte da equipe e se revezam nos dias que são ministradas as aulas teóricas e práticas.

O curso conta com apoio multidisciplinar, quando necessário, com outras equipes dos cursos de especialização da ABENO e multiprofissional à distância. Com frequência professores são convidados a proferir palestras aos pós-graduandos.

Três cursos já foram realizados; em 2010, estava em andamento a quarta turma. Trinta e seis alunos já se formaram e doze alunos estão complementando sua especialização. Vários trabalhos de pesquisa foram desenvolvidos e publicados nesse período. Do total de 48 alunos, apenas dois eram homens.

A duração do curso é de 18 meses com periodicidade mensal. A carga horária é de aproximadamente 604 horas.

O conteúdo programático é amplo com os seguintes temas:

1. Introdução ao estudo da OPNE
2. Fundamentos da genética humana
3. Crescimento e desenvolvimento do ser humano
 - Embriologia
 - Fundamentos básicos do crescimento e desenvolvimento crânio-facial e suas repercussões patológicas
 - Distúrbios do desenvolvimento
4. Deficiência mental
5. Deficiência física
6. Anomalias congênitas: malformações, síndromes malformativas, deformidades e associações

7. Distúrbios comportamentais e psiquiátricos
8. Distúrbios sensoriais e de comunicação
9. Doenças infecto-contagiosas: aids e hepatites virais
10. Doenças sistêmicas crônicas: cardiopatias, diabetes, insuficiência renal, pulmonar, doenças hematológicas, hepatopatias
11. Paciente oncológico
 - Sequelas de cirurgia oncológica
 - Pacientes irradiados na região de cabeça e pescoço
 - Complicações da quimioterapia
 - Pacientes transplantados de órgãos
12. Clínica odontológica integrada
 - Biossegurança
 - Todas as especialidades odontológicas direcionadas aos PNE
 - Ortodontia e ortopedia funcional dos maxilares
13. Psicologia aplicada à Odontologia
14. Abordagem comportamental no tratamento odontológico
 - Contenção física e mecânica
15. Sedação
16. Odontologia hospitalar: anestesia geral
17. Emergências médicas em Odontologia
18. Metodologia do trabalho científico
19. Ética e legislação odontológica
20. Bioética

O curso visa ampliar o conhecimento do cirurgião-dentista para o atendimento de PNE, considerando o tratamento odontológico em relação às alterações físicas, mentais, sistêmicas e comportamentais dos pacientes. Os alunos em formação têm a oportunidade de complementar seus estudos a partir dos aspectos gerais da

genética, do crescimento e desenvolvimento do ser humano, de sua fisiologia e fisiopatologia, compreendendo a origem de cada doença. O curso procura aprimorar o profissional nas diferentes técnicas de abordagem comportamental e terapêutica.

O curso de especialização procura formar profissionais aptos para atuar de forma global com o atendimento aos PNE, com ações preventivas, curativas e de reabilitação aplicadas às diferentes especialidades odontológicas, além da interação com as áreas afins da saúde. Como projeto, os organizadores do curso visam desenvolver pesquisas sobre os pacientes, para estabelecer protocolos de atendimento em PNE que apresentam necessidades de endodontia em dentes que a priori seriam indicados para exodontias. Outras linhas de pesquisa estão sendo desenvolvidas.

Outra atividade importante é que os PNE, após terem concluído o tratamento preventivo e curativo, recebem atendimento com aparelhos de Ortopedia Funcional dos Maxilares, desde que haja indicação, considerando os seus aspectos gerais, bucais e comportamentais. Os pacientes indicados para Ortodontia (casos mais prolongados), quando suas condições clínicas o permitam, são encaminhados para o curso de especialização em Ortodontia da ABENO.

Os organizadores do curso avaliam favoravelmente a aceitação dos pacientes quanto ao atendimento na clínica do curso de especialização; o que repercutiria entre outros PNE que são encaminhados para o curso.

Professores de outras áreas também encaminham PNE e existe um bom entrosamento interdisciplinar. Além disso, novos pacientes são encaminhados por outros centros de atendimento a PNE, nos quais não há essa especialidade odontológica.

Os alunos, em sua maioria, acabam inculindo a OPNE em suas rotinas, e alguns deles já ocupam cargos profissionais e diretivos dentro da especialidade. Muitos alunos são de fora da cidade e do estado de São Paulo.

Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas – APCD

A APCD é uma entidade de representação profissional da classe odontológica. Foi fundada em 1911, e conta com mais de 37 mil cirurgiões-dentistas associados. Sua sede está localizada na Rua Voluntários da Pátria, 547, bairro de Santana, na zona norte da cidade de São Paulo. O curso de especialização em OPNE teve seu primeiro grupo formado em 2003.

A coordenadora do curso é a Profa. Dra. Maria Cristina Duarte Ferreira, mestre em Diagnóstico Bucal e doutora em Odontopediatria. O curso conta ainda com três professoras, mas não dispõe de apoio multidisciplinar. Vários professores de áreas afins são convidados para complementar a programação teórica e prática.

A primeira turma, formada em 2005, constituiu-se de seis alunos. A turma mais recente, em andamento em 2010, conta com onze alunos. Do total de 17 alunos, quinze eram mulheres. A duração do curso é de 18 meses e é ministrado por quatro dias na penúltima semana do mês.

O conteúdo programático desenvolvido na especialização de OPNE é o seguinte:

1. Distúrbios da Inteligência
 - Deficiência Mental
 - Déficit de atenção e aprendizado
 - Técnicas de manejo comportamental em portadores de distúrbios da inteligência.
 - Assistência odontológica nos com distúrbios da inteligência
2. Síndromes e Deformidades Crânio-Mandibulares
 - Síndromes congênitas, cromossômicas ou de origem mitocondrial
 - Conceito e classificação das síndromes
 - Fatores etiológicos / Diagnóstico
 - Características gerais e bucais dos pacientes sindrômicos

- Deformidades crânio-maxilomandibulares
- Atenção odontológica integral nos pacientes sindrômicos
- Assistência odontológica em indivíduos com deformidades crânio-mandibulares

3. Defeitos Físicos

- Conceito, classificação prevalência e aspectos anatômicos do SN
- Sistema nervoso central
 - Paralisia Cerebral / AVC / Doença de Parkinson
- Sistema nervoso periférico
 - Paralisia infantil
- Sistema Neuromuscular
 - Distrofia muscular progressiva / Miastenia grave
- Sistema esquelético
 - Artrite/Artrose / Artrite reumatóide / Escoliose
- Malformações congênitas
 - Osteogênese imperfeita / Mielomeningocele
- Lesões traumáticas
 - Traumatismo Crânio Encefálico / Lesão medular / Esclerose lateral amiotrófica / Esclerose múltipla
- Assistência odontológica em indivíduos com defeitos físicos

4. Distúrbio comportamental e psiquiátrico

- Conceituação e fatores etiológicos
- Manifestações clínicas e terapêuticas medicamentosa
- Autismo / Hiperatividade
- Distúrbios psiquiátricos: depressão, distúrbios bipolares, esquizofrenia, bulimia, anorexia
- Assistência odontológica nos indivíduos com distúrbios comportamentais e psiquiátricos

5. Doenças Sistêmicas Crônicas e Condições Sistêmicas

- Conceituação, classificação e fatores etiológicos das doenças e condições sistêmicas
 - Diabetes / Cardiopatias / Doenças hematológicas
 - Insuficiência renal crônica / Epilepsia
 - Doenças auto-imunes e doenças vesicobolhosas
 - Pacientes irradiados em região de cabeça e pescoço
 - Pacientes transplantados
 - Pacientes imunossuprimidos por medicamentos
- Manifestações clínicas e terapêutica medicamentosa nas doenças sistêmicas crônicas e condições sistêmicas
- Assistência odontológica nas doenças sistêmicas e condições sistêmicas

6. Doenças Infectocontagiosas

- Conceito, classificação e fatores etiológicos das doenças infectocontagiosas
- HIV / Hepatite / Tuberculose / Sífilis
- Manifestações clínicas e terapêutica medicamentosa nas doenças infectocontagiosas
- Assistência odontológica nas doenças infectocontagiosas

7. Distúrbios Sensoriais

- Conceituação, classificação e fatores etiológicos e características comportamentais dos pacientes portadores de distúrbios sensoriais
 - Deficiência auditiva / Deficiência de fala / Deficiência visual
 - Manifestações clínicas dos distúrbios sensoriais
 - Assistência odontológica nos indivíduos com distúrbios sensoriais

8. Clínica odontológica para PNE

- Exames, diagnóstico e plano de tratamento adequado as condições bucais e sistêmicas dos pacientes
 - Problemas comportamentais e solução de tais condições
 - Indicação e interpretação de radiografias intra-orais para diagnóstico

- Planejamento e aplicação de programa preventivo das principais doenças bucais, apropriado a cada paciente
- Procedimentos odontológicos respeitando as condições sistêmicas e comportamentais dos indivíduos
- Terapêutica medicamentosa e suas interações
- Procedimentos odontológicos emergenciais e urgência

9. Fundamentos da Genética Humana

- Aspectos fundamentais da Genética Humana e suas alterações
- Principais cromossomopatias / Aconselhamento genético
- Estudo do cariótipo humano / Genética Bioquímica

10. Desenvolvimento e Crescimento Humano

- Embriologia Humana
 - Definições
 - Fundamentos básicos de crescimento humano pré e pós-natal
- Fundamentos básicos de crescimento e desenvolvimento craniofacial pré e pós-natal
 - Mecanismos de crescimento crânio-facial
 - Padrão de crescimento crânio-facial

11. Odontologia Hospitalar

- Considerações gerais, indicações e contra-indicações da sedação e anestesia geral em paciente com necessidade especial
- Sedação
 - Consciente e profunda / Medicamentos
 - Manejo pré-operatório / Monitoramento / Emergências
- Anestesia Geral
 - Atuação do CD em ambiente hospitalar e centro cirúrgico
 - Exames laboratoriais
 - Manejo pré-operatório do paciente
 - Drogas anestésicas gerais: tipos e indicações
 - Monitoramento e conduta trans-operatória em anestesia geral

- Conduta pós-operatória

12. Assistência multidisciplinar

- Integração de especialidades
- Clínica médica inserida no atendimento odontológico do PNE
- Psicologia inserida no atendimento odontológico do PNE
- Fonoaudiologia inserida no atendimento odontológico do PNE
- Fisioterapia inserida no atendimento odontológico do PNE

13. Emergência médica em Odontologia

- Suporte básico de vida
- Ressuscitação
- Alteração ou perda da consciência
- Convulsões
- Reações alérgicas por drogas de uso odontológico
- Equipamento de emergência

14. Bioética, ética e legislação odontológica

O propósito do curso é capacitar o cirurgião-dentista para o atendimento de PNE, aplicando conhecimentos técnico-científicos, que permitam o tratamento odontológico do paciente sob uma visão integral. São realizados atendimentos clínicos específicos em crianças e adultos PNE, abrangendo a prevenção, a motivação e a reabilitação oral através da clínica odontológica integral e multidisciplinar. O profissional é colocado em contato com aspectos genéticos, fisiológicos, psicológicos e neuromotores que comprometem o PNE.

Com o modelo mensal de aulas, muitos alunos vêm do interior de São Paulo e outros estados brasileiros. A interdisciplinaridade ocorre com outros cursos da APCD, principalmente os que têm coincidência na grade horária, Endodontia e Cirurgia são os mais próximos.

Na APCD também é realizado um curso de capacitação em sedação com óxido nitroso, isso permite que alunos possam sedar seus pacientes quando necessário.

Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia – FUNDECTO

A FUNDECTO está localizada na Cidade Universitária, próxima à Faculdade de Odontologia da USP. Foi fundada em 1983, com o objetivo de propiciar o aprimoramento e o desenvolvimento das ciências odontológicas nas áreas do ensino, pesquisa, assistência clínica e prestação de serviços à comunidade.

Em 2003, deu-se início à primeira turma de OPNE sob a coordenação da Dra. Marina Gallottini de Magalhães. A Dra. Marina também é coordenadora do Centro de Atendimento a Pacientes Especiais (CAPE) e tem sua atividade acadêmica nas áreas de Patologia e OPNE.

Até 2010, a FUNDECTO já havia concluído quatro cursos completos de OPNE e tinha um em andamento. Já foram formados 46 especialistas e havia onze alunos em formação.

O curso conta ainda com apoio de sete profissionais entre cirurgiões-dentistas e equipe multidisciplinar. O tempo de duração é de dezesseis meses com aulas teóricas e práticas semanais, perfazendo um total de 704 horas assim divididas: 591 horas na área de concentração – 480 horas práticas e 111 horas teóricas – e 113 horas na área conexa – apenas aulas teóricas.

Seu conteúdo programático é bastante amplo, sendo abordados os seguintes temas:

1. Doenças sistêmicas crônicas 1
 - Hipertensão arterial / Cardiopatias
 - Insuficiência renal crônica / Diabetes
 - Transplantados de órgãos sólidos e de medula

- Irrradiados em cabeça e pescoço
 - Pacientes com coagulopatias
2. Doenças sistêmicas crônicas 2
- Doenças onco-hematológicas
 - Discrasias sanguíneas / Anemia Falciforme / Talassemia
 - Patologia óssea
 - Distúrbios nutricionais
 - Geriatria / Gestantes
 - Doenças dermatológicas
 - Odontologia hospitalar / Anestesiologia
 - Terapêutica
 - Infecções virais e fúngicas em pacientes transplantados
3. Clínica odontológica 1 – atendimento aos PNE com doenças sistêmicas
- Hipertensão arterial / Cardiopatias
 - Insuficiência renal crônica / Diabetes
 - Transplantados de órgãos sólidos e de medula
 - Irradiados em cabeça e pescoço
 - Doenças onco-hematológicas
 - Discrasias sanguíneas / Anemia Falciforme / Talassemia
 - Patologias ósseas
 - Distúrbios nutricionais / Doenças dermatológicas
 - Geriatria / Gestantes especiais
4. Distúrbios do desenvolvimento 1
- Manejo clínico de pacientes com distúrbios neuropsicomotores
 - Prevenção das dismorfologias
 - Noções de genética / Embriologia
 - Malformações do sistema nervoso central / Agentes teratogênicos
 - Epilepsia / Paralisia cerebral / Síndrome de Down
 - Distúrbios de desenvolvimento / Erros inatos do metabolismo
 - Distúrbios de desenvolvimento de dentes
 - Distrofias musculares progressivas

5. Distúrbios do desenvolvimento 2
 - Fendas palatinas / Síndromes de 1° e 2° arcos branquiais
 - Esclerose tuberosa / Displasia ectodérmica
 - Síndromes de Ehlers- Danlors / Klipell-Feil / Sturge-Weber / Noonan
 - Síndromes ligadas ao sexo
 - Síndromes neurodegenerativas / craniosinostose
 - Displasia cleido-craniana
 - Síndrome de Macune Albright
 - Osteogênese imperfeita / Acondroplasia / Raquitismo hipofosfatêmico

6. Distúrbios neurológicos
 - Autismo
 - Comprometimento intelectual / Distúrbios psiquiátricos
 - Urgências odontológicas em pacientes com distúrbios neurológicos
 - Sedação química / Contenção química / Sedação consciente
 - Deficiências sensoriais
 - Lesões factícias

7. Clínica odontológica 2, atendimento aos PNE com distúrbios neuropsicomotores
 - Epilepsia / Paralisia cerebral
 - Síndrome de Down
 - Erros inatos do metabolismo / Distrofias musculares progressivas
 - Fendas palatinas / Síndromes de 1° e 2° arcos branquiais
 - Esclerose tuberosa / Displasia ectodérmica
 - Síndromes de Ehlers / Danlors / Klipell-Feil / Sturge-Weber / Noonan
 - Síndromes ligadas ao sexo
 - Síndromes neurodegenerativas
 - Síndromes com craniosinostose / Displasia cleido-craniana
 - Síndrome de Macune Albright
 - Osteogênese imperfeita / Acondroplasia
 - Raquitismo hipofosfatêmico
 - Autismo / Comprometimento intelectual

- Distúrbios psiquiátricos / Deficiências sensoriais
8. Doenças infecto-contagiosas 1
- Síndrome da imunodeficiência adquirida / Infecção pelo HIV
 - Manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV
 - Biossegurança e controle de infecção cruzada
 - Alterações metabólicas relacionadas à terapia antirretroviral
9. Doenças infecto-contagiosas 2
- Hepatites virais / Manejo ambulatorial do paciente hepatopata
 - HTLV / Paracoccidiodomicose
 - Histoplasmose / Actinomicose / Sífilis
10. Clínica odontológica 3, atendimento aos PNE com doenças infecto-contagiosas
- Biossegurança e controle de infecção cruzada
 - HIV / AIDS
 - Hepatites virais/ Hepatopatias crônicas
 - HTLV / Sífilis / Outras doenças infecto-contagiosas
11. Multidisciplinaridade e o paciente especial
- Psicologia / Fonoaudiologia / Fisioterapia / Terapia Ocupacional
 - Odontologia hospitalar
 - Ortodontia, Implantes e laser em pacientes especiais
 - O dentista como integrante de uma equipe de transplante de órgãos
12. Bioética
- Bioética: História, Filosofia / Bioética no Brasil
 - Ética em pesquisa / Pesquisa com seres humanos e animais
 - Aconselhamento genético / Aborto / Eutanásia
 - Pesquisa com células tronco / Terapia gênica
 - AIDS
13. Metodologia
- Tipos de pesquisa em Odontologia

- Etapas do processo da pesquisa
- Importância do planejamento
- Elaboração e publicação de um trabalho científico
- Importância da pesquisa em Odontologia
- O tripé da Universidade: ensino, pesquisa e extensão

14. Ética e legislação odontológica

- Competência dos Conselhos Federais e Estaduais de Odontologia
- Propaganda odontológica / Código de Ética Odontológico
- Imagem da Odontologia no Brasil
- Artigos do Código Penal e do Código Civil de interesse odontológico
- Responsabilidade profissional / Documentação clínica
- Aspectos éticos e legais para o atendimento de PNE

15. Emergência médica em Odontologia

- Urgências clínicas / Emergências clínicas
- Crises hipertensiva, epiléptica, hipoglicêmica, hiperglicêmica
- Angina pectoris / Enfarto agudo do miocárdio
- Parada cardio-respiratória / Choque anafilático
- Obstrução das vias aéreas superiores

O objetivo do curso é complementar a formação do cirurgião-dentista com conhecimentos de genética, fisiopatologia humana, propedêutica e terapias das alterações sistêmicas que fazem de alguns pacientes, PNE. Além disso, objetiva-se relacionar as manifestações bucais com o estado geral do PNE e fazer com que este profissional aplique os conhecimentos teóricos adquiridos no atendimento clínico ambulatorial de pacientes portadores de distúrbios neuro- psicomotores, doenças infecto- contagiosas e doenças sistêmicas crônicas.

Há interação com áreas de anestesiologia e psiquiatria.

Os cursos da unidade têm sua repercussão devida ao fluxo bastante favorável de atendimento odontológico resolutivo. A maioria dos alunos egressos é absorvida

pelo mercado de trabalho, especificamente em serviços públicos odontológicos que requerem essa especialidade.

5.3 Unidades de Atendimento Especializado

Centro de Atendimento – Paralisia Cerebral

Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD)

A Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) está situada a Av. Professor Ascedino Reis, 724, no Ibirapuera, zona sul da cidade de São Paulo. Fundada em 03 de agosto de 1950, a instituição é uma entidade filantrópica, privada, sem fins lucrativos. No início, a instituição funcionava em dois sobrados alugados na Rua Barão de Piracicaba, mas apenas em junho de 1963 foi inaugurado primeiro centro de reabilitação, no bairro do Ibirapuera. A instituição foi idealizada pelo médico Renato da Costa Bomfim, que queria criar no Brasil um centro de reabilitação com a mesma qualidade dos centros que conheceu no exterior, para tratar crianças e adolescentes com deficiências físicas e reinseri-los na sociedade. A missão da AACD, consignada em seus estatutos é: promover a prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência física, especialmente de crianças, adolescentes e jovens, favorecendo a integração social.

Em 2000, ao completar 50 anos, a AACD mudou seu nome para Associação de Assistência à Criança Deficiente, substituindo o termo “Defeituosa”, e não parou de crescer. Foram construídos cinco centros de reabilitação e três fábricas de aparelhos ortopédicos. Em 2009, a instituição realizou 1.347.777 atendimentos, produziu 56 mil produtos ortopédicos e fez 6.239 cirurgias. A instituição conta com mais de 1.300 voluntários e 2.100 funcionários em nove centros de reabilitação distribuídos pelo país.

A equipe de reabilitação da AACD trabalha diretamente com o deficiente físico, visando sua integração e qualificação produtiva na sociedade. Equipes multidisciplinares atendem pacientes nas diversas áreas da reabilitação, como

serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, pedagogia, nutrição, arte-reabilitação e musicoterapia. Dentre as várias especialidades médicas oferecidas, destacam-se a Fisiatria, Neurologia, Ortopedia, Pediatria, Urologia, Pneumologia, Genética, Oftalmologia, Otorrinolaringologia. Neste contexto se insere a Odontologia, composta por sete cirurgiões-dentistas nas unidades Ibirapuera e Mooca (região leste da cidade de São Paulo).

Os consultórios dentários têm infra-estrutura apropriada para prestar atendimentos a pacientes com deficiências físicas. O *design* dos consultórios permite a movimentação dos pacientes que fazem uso de órteses, cadeiras de roda e até macas. Os consultórios não apresentam degraus nem escadas, a largura das portas é suficiente para a circulação dos pacientes, a sala foi desenhada especialmente para o setor de Odontologia, com acessibilidade para facilitar o atendimento.

O setor de Odontologia efetua em média 700 atendimentos mensais, em suas duas unidades, com um total de 72 horas semanais, divididas entre os profissionais. Aproximadamente 60% desses pacientes são portadores de paralisia cerebral.

O número de consultas varia de acordo com os procedimentos necessários a cada paciente, disponibilizando-se mais tempo para os que apresentam maior comprometimento. O agendamento das consultas é realizado pelo sistema de arquivo médico e estatística (SAME) e sua requisição é efetuada exclusivamente pelas equipes médicas do centro de reabilitação e na Avaliação Global. A Avaliação Global é uma atividade da equipe multidisciplinar que precede o tratamento e tem por objetivo avaliar, orientar e acompanhar periodicamente os pacientes e familiares que irão iniciar o programa global das terapias. O cirurgião-dentista que participa dessa equipe avalia a condição bucal e determina as necessidades do paciente para enquadramento no setor de Odontologia ou encaminhamento odontológico externo, bem como realiza orientações educativas e preventivas em saúde bucal.

Após serem recebidos no consultório das duas unidades, os PNE são enquadrados para tratamento ambulatorial, tratamento sob anestesia geral em

centro cirúrgico ou mutirões para acompanhamento preventivo e atividades de educação em saúde bucal, conforme a necessidade de cada indivíduo.

O setor de Odontologia atende a todas as áreas da Odontologia, excetuando as especialidades de Prótese, Endodontia (para dentes molares), Ortodontia e Implantologia, pelas dificuldades e custo mais elevado destes atendimentos para os PNE. Pacientes que necessitam de tratamentos nessas áreas são encaminhados ao serviço social para atendimento externo. Restrições para atendimento ocorrem apenas quando o paciente necessita de tratamentos mais complexos, em casos que a condição clínica geral do paciente necessite de abordagem específica, por exemplo: uma cardiopatia grave associada ao quadro neurológico.

Um investimento importante do setor de Odontologia da AACD é a atividade de promoção de saúde. A orientação às equipes de terapeutas e auxiliares que atuam diretamente com o paciente é preconizada, privilegiando-se a saúde bucal dos pacientes com PC que muitas vezes não dispõe de habilidades necessárias para os cuidados bucais.

Quando não se consegue efetuar o controle dos pacientes durante as consultas, dentro de circunstâncias normais, preconiza-se o tratamento odontológico sob anestesia geral, esses atendimentos que acontecem exclusivamente em centro cirúrgico, são realizados no Hospital Abreu Sodré. Atualmente são disponibilizados quatro atendimentos mensais e todos sob um rígido protocolo de atuação. Após avaliação odontológica, exames complementares pré-operatórios e laboratoriais são requisitados ao paciente. Subsequentemente os pacientes são avaliados pela equipe de pneumologia (pacientes adultos) ou pediatria (pacientes infantis) da instituição. O setor considera muito importante o tratamento odontológico sob anestesia geral para casos específicos, nos quais a sedação e a contenção mostram-se ineficientes.

Em 1995 o setor de Odontologia da AACD, consonante com as deliberações da Comissão de Ensino e Treinamento (CET), criou o Programa de Estágio em Odontologia da AACD. Foi um início promissor porque alguns cirurgiões-dentistas que participaram desse programa foram contratados pela instituição e outros

desenvolveram suas atividades na área da OPNE. Em dezesseis anos de programa já passaram pelo setor de Odontologia mais de 150 profissionais, muitos deles vindos de cidades do interior de São Paulo, de outros estados do Brasil e até do exterior. Em 2003 esse programa foi reformulado e passou a contar com aperfeiçoandos (antigos residentes) e aprimorandos (antigos estagiários).

Programa de Aperfeiçoamento

Anualmente a AACD, por meio da CET, publica em seu site um edital de convocação relativo ao Programa de Aperfeiçoamento em Odontologia. Os critérios básicos para inscrição são: ser cirurgião-dentista formado e com inscrição no conselho regional de Odontologia. A seleção dos candidatos é realizada no início do ano e é feita através de prova escrita, entrevista e análise de currículo, sendo oferecidas duas vagas.

O programa de aperfeiçoamento em Odontologia da AACD tem como objetivo oferecer noções gerais das condutas clínicas da reabilitação em OPNE, ele tem duração de onze meses em regime de tempo integral, com carga de 40 horas semanais. Neste período o aperfeiçoando participa de atividades orientadas pela CET e pelo setor de Odontologia.

Os aperfeiçoandos recebem uma bolsa-ensino, com valor estipulado pela Administração da AACD. Não existe, porém, vínculo empregatício entre o aperfeiçoando e a instituição.

Algumas regras devem ser seguidas pelo participante do programa:

- Zelar pelo bom nome da AACD e dos profissionais que nela trabalham.
- Trajar-se adequadamente (jaleco e crachá), assim como paramentar-se dentro dos padrões de biossegurança que a atividade clínica exigir.
- Portar-se de maneira respeitosa perante os pacientes, os acompanhantes e os funcionários.
- Não assumir a responsabilidade pelos atendimentos aos pacientes, contando com a supervisão de um profissional ligado ao setor.

Os aperfeiçoandos participam da rotina de atendimentos dentro da instituição, atendendo PNE adultos e crianças. Também atuam no atendimento no centro cirúrgico e acompanham o pré e pós-operatório desses pacientes. Supervisionados por profissionais da instituição, participam das equipes multidisciplinares das avaliações globais, dos grupos de orientação individual, e dos grupos de estimulação precoce.

O programa proporciona doze horas semanais de aulas sobre temas referentes às mais diversas áreas da reabilitação, as quais são ministradas pelos profissionais da equipe de reabilitação. Atividades educativas para pacientes e alunos do setor escolar são o foco dessa atuação, os aperfeiçoandos são estimulados a apresentar aulas interativas sobre cuidados bucais e higiene de maneira lúdica e divertida.

Ao final do programa o aperfeiçoando apresenta um trabalho científico cujo tema deve se enquadrar nas linhas de pesquisa desenvolvidas pelo setor. Ao final de cada ano, a AACD promove um evento aberto à comunidade científica, denominado Dia do Residente, com apresentação oral dos trabalhos de pesquisa, os quais são em seguida, comentados por um profissional convidado.

Na conclusão do programa o aperfeiçoando receberá um certificado constando nome, carga horária do programa e aproveitamento. O aperfeiçoando que não cumprir as propostas e o período determinado não fará jus ao certificado.

Programa de Aprimoramento

Além do programa de aperfeiçoamento, a CET da AACD oferece um programa de aprimoramento no setor de Odontologia. Os critérios de seleção são os mesmos, mas a duração do programa é de seis meses, com carga horária semanal de dez horas, sendo oferecidas cinco vagas semestrais.

O aprimorando que cumprir adequadamente os seis meses iniciais, poderá pleitear junto a CET mais seis meses de participação, dando continuidade ao processo de aprimoramento. Muitos profissionais que cumprem este programa

participam da formação mais avançada de aperfeiçoamento. Os aprimorandos participam de todas as atividades clínicas que os aperfeiçoandos, mas não tem a obrigação de apresentarem trabalhos escritos. Devem participar das aulas teóricas e atividades desenvolvidas pelo setor.

Não é um programa remunerado, mas ao concluir o semestre o participante recebe um certificado, do qual consta menor carga horária.

A AACD não é um centro de ensino propriamente dito, mas tem buscado nos últimos anos privilegiar o desenvolvimento da pesquisa e de trabalhos clínicos em prol dos PNE e da comunidade científica. A publicação de livros e artigos em revistas científicas é estimulada, assim com a participação em congressos externos e reuniões científicas realizadas na própria instituição.

Centro de Atendimento – HIV/AIDS

Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP

O Centro de Referência e Treinamento (CRT-DST/AIDS) de São Paulo é uma unidade de referência normativa, de avaliação e coordenação do Programa Estadual para prevenção, controle, diagnóstico e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Estado de São Paulo.

Localizado na Rua Santa Cruz, 81, Vila Mariana, São Paulo, o Centro de Referência e Treinamento-DST/AIDS, é um complexo ambulatorial e hospitalar com mais de seis mil metros quadrados. Cerca de 800 funcionários trabalham em três turnos nesta unidade, entre eles médicos sanitaristas, infectologistas, ginecologistas, pediatras, neurologistas, psiquiatras, otorrinolaringologistas, dermatologistas, proctologistas, pneumologistas, urologistas, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, biólogos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de laboratório e de enfermagem e oficiais administrativos.

O CRT-DST/AIDS foi criado em 1988, diretamente vinculado ao gabinete do Secretário da Saúde. Sua meta é atuar como agente de capacitação e geração de normas técnicas, com vistas à descentralização das atividades de prevenção, vigilância e assistência em DST/AIDS no Estado de São Paulo.

Além de coordenar o Programa Estadual de DST/AIDS-SP, o CRT-DST/AIDS tem por finalidade: elaborar e implantar normas relativas às DST/AIDS, no âmbito do SUS/SP; elaborar propostas de prevenção; prestar assistência médico-hospitalar, ambulatorial e domiciliar a pacientes com DST/AIDS; propor e executar ações de vigilância epidemiológica e controle das DST/AIDS; desenvolver programas de formação, treinamento e aperfeiçoamento, bem como desenvolver e apoiar pesquisa científica em seu campo de atuação e promover o intercâmbio técnico-científico com outras instituições nacionais e internacionais.

Do ponto de vista epidemiológico, a infecção pelo HIV tem atingido particularmente a população de adultos jovens em todo o mundo. A AIDS foi responsável por milhares de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) a partir dos anos 1980, sendo a principal causa de morte na população entre 15 e 49 anos em vários países, inclusive no Brasil. No município de São Paulo, em 1995, a AIDS foi a segunda causa na hierarquia dos APVP para os homens e a primeira para as mulheres.

Nesse contexto, a equipe técnica responsável pela política de atenção às DST/AIDS construiu espaços de diálogo com os movimentos sociais buscando consolidar parcerias inter-setoriais. Historicamente, os avanços da terapia anti-retroviral e as tendências atuais da epidemia levam a reflexões sobre as formas de abordagem do HIV/AIDS, considerando o manejo clínico e psicológico dos pacientes infectados diante da possibilidade de prolongamento de suas vidas até a implementação e manutenção de políticas públicas de prevenção e assistência cada vez mais eficientes com o desafio e a obrigação moral e ética de torná-las acessíveis a toda a população.

Na perspectiva de adequação do serviço, a equipe de saúde bucal do CRT-DST/AIDS tem realizado estudos retrospectivos avaliando a prevalência das

manifestações bucais em momentos diferentes, procurando reconhecer as manifestações bucais mais prevalentes no período em que os pacientes apenas podiam contar com a terapêutica anti-retroviral do grupo de inibidores da transcriptase, e no período seguinte, quando os pacientes já utilizavam medicamentos anti-retrovirais do grupo de inibidores de protease.

No decorrer de suas atividades, a equipe de saúde bucal da unidade observou que ocorria um absenteísmo de cerca de 40% nos atendimentos agendados. Embora esse dado estivesse de acordo com informações colhidas na literatura, foi proposto um estudo de avaliação da opinião dos usuários e suas sugestões sobre o tratamento odontológico, tendo em vista aprimorar o serviço que é referência para todo o Estado. Baseado nos resultados desse estudo foi proposto o agendamento no primeiro dia útil do mês por telefone, opção de escolha do profissional a realizar o atendimento, maior número de profissionais atendendo e ampliação do número de horas para consultas sem agendamento prévio.

Segundo dados institucionais do ambulatório de especialidades odontológicas, efetuava-se aproximadamente 400 consultas por mês. Com essa demanda, os usuários sugeriram a contratação de mais profissionais, com a finalidade de ampliar os horários e o número de consultas oferecidas. Este processo de admissão dos profissionais concursados e não admitidos só pôde ser cumprido em 2006, quando foram abertas as vagas necessárias à contratação. Os usuários também solicitaram manuais dos procedimentos, para que os mesmos pudessem entender o que havia sido realizado em sua boca, como forma de se interessarem dos cuidados bucais. Como resultado destas ações, atingiu-se maior satisfação dos usuários, e diminuição do absenteísmo para 22%, e mais de 600 consultas/mês. O CRT-DST/AIDS conta atualmente com seis cirurgiões-dentistas e cinco ASB.

Por outro lado, no que diz respeito às ações programáticas, o CRT-DST/AIDS com suas ações de multiplicação e descentralização da assistência a pessoas vivendo com HIV, DST ou AIDS, identifica expressivo número de equipes de saúde bucal no Estado de São Paulo que presta atendimento a essa população. Dos serviços instalados na rede pública de assistência no Estado, observa-se que o único serviço bem instalado, com os recursos de equipamentos - incluindo de

proteção individual - é aquele destinado aos portadores de HIV/AIDS, por serem vinculados a um centro de treinamento.

Uns dos precursores da formação profissional no Brasil, inicialmente dentro da filosofia de educação continuada e hoje permanente, o CRT passou a receber para estágios, cirurgiões-dentistas de várias regiões do país, tendo priorizado a vinda de profissionais oriundos de serviços públicos e indicados pelos coordenadores regionais.

No princípio, os profissionais vinham apreensivos com o desconhecido e principalmente influenciados pela comoção mundial que a epidemia representava, mas em busca de capacitação técnica para um melhor desempenho profissional. Um grande número de profissionais frequentava cursos e aceitava visitas ao serviço na expectativa de identificar os pacientes “de risco” para decidir se poderiam ou não realizar os procedimentos necessários para os atendimentos solicitados em seus próprios consultórios.

No início do programa, também se pôde perceber traços de preconceito por parte de alguns profissionais, o que causava embaraços no atendimento de pacientes homossexuais e pacientes com condições socioeconômicas menos favorecidas.

O programa de aprimoramento de cirurgiões-dentistas no CRT depende basicamente do objetivo do profissional ou da demanda que o serviço que o encaminha exige. Um programa formal, de 240 horas, com diploma e avaliações do profissional, já certificou mais de quarenta dentistas. Um programa de treinamento, com carga horária de 40 horas, já preparou mais de 500 profissionais, que estão distribuídos por todos estados da federação.

Os profissionais que vêm ao CRT, até como sugestão dos órgãos normativos, são orientados a receber vacinas anti-hepatites, mas esta não é uma condição obrigatória imposta pelo programa. Uma questão importante que a equipe de saúde bucal do CRT observa nos dentistas que procuram o serviço para aperfeiçoamento, é que os candidatos têm muito pouca ou nenhuma informação dos conceitos de biossegurança. Os acidentes com instrumentais perfuro-cortantes são raros e o

acidentado é acompanhado por um rigoroso protocolo pós-exposição. As medicações e orientações necessárias para esse atendimento são fornecidas pela própria instituição.

Uma fonte constante de pacientes encaminhados para o setor de Odontologia é o pronto-atendimento do CRT. Pacientes com comprometimentos bucais são orientados a procurar o serviço odontológico, mesmo porque as lesões bucais podem trazer complicações no processo do tratamento do paciente. Outros profissionais médicos, como os infectologistas interagem constantemente com o setor. Atualmente os pacientes representam uma grande demanda de serviços; em sua maioria, são pacientes adultos com múltiplas necessidades de tratamento odontológico e são cadastrados e encaminhados pela própria unidade. A chegada do paciente ao setor odontológico também pode ser espontânea.

Um sentimento presente da direção do serviço de saúde bucal do CRT é que a infecção pelo HIV não mais aterroriza os profissionais que procuram o serviço para aprender a lidar com o paciente comprometido, muitos deles já não demonstram apreensão com o estigma que a doença ainda pode provocar na sociedade. A preparação do profissional não pode eximir-se de formar profissionais criteriosos, interessados na pesquisa e desenvolvimento de procedimentos que atendam requisitos acadêmicos e de mercado, mas um programa de aprimoramento não pode prescindir de valorizar uma abordagem mais humanizada.

Centro de Atendimento – Diabetes
Associação Nacional de Assistência ao Diabético (ANAD)

A Associação Nacional de Assistência ao Diabético (ANAD) está localizada na Rua Eça de Queiróz, 198, Vila Mariana, zona sul da cidade de São Paulo. A ANAD é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos e dedicada a orientar, educar e tratar pessoas com diabetes. Ela também promove a capacitação e educação entre os profissionais de saúde para um melhor atendimento de pessoas com diabetes. Em 2009, ao completar 30 anos, tornou-se a primeira instituição no Brasil e a sexta do

mundo, a receber o certificado de “*IDF Centre of Education*” pela *International Diabetes Federation*. Como difusora de educação, a ANAD tem por finalidade:

- Organizar obras e serviços necessários, bem como implantar departamentos à medida que se desenvolvem seus trabalhos;
- Promover a realização de congressos, simpósios, conferências de caráter público ou privado, nacionais ou internacionais;
- Apoiar tecnicamente a comunidade científica, assim como empresas de produtos e serviços dirigidos ao tratamento do controle do diabetes e
- Organizar biblioteca e divulgar informação relacionada com o tratamento e controle do diabetes.

A linha educacional da ANAD atua em duas frentes: com os pacientes e com os profissionais. Para os pacientes, a instituição dispõe dos seguintes departamentos: médico, enfermagem, odontológico, nutrição, psicologia, atividade física, fisioterapia, genética, podologia, pedagogia e marketing. Na sede da ANAD, os médicos atuam nas áreas de Endocrinologia, Cardiologia, Oftalmologia e Dermatologia; outras especialidades são disponibilizadas em regime de convênio com consultórios externos. Desenvolve as seguintes atividades educacionais diárias: dia de vivência, associado *diet*, oficina de nutrição, café da manhã do associado, aula de culinária *diet*, grupo de reflexão, educação em diabetes, psicoterapia de grupo, entre outras atividades.

A ANAD conta atualmente com 20 mil associados e, a cada ano, no dia 14 de novembro – Dia Mundial do Diabetes – realiza uma campanha em aproximadamente mil municípios brasileiros, com ações de educação, prevenção e conscientização política. Nessa data, mais de dez mil pessoas são atendidas em São Paulo, para realizar exame gratuito de glicemia. Os pacientes com diabetes ou casos suspeitos recebem avaliação nutricional, vascular e fisioterápica, exame clínico dos pés, olhos e boca, e são realizados testes de colesterol, hemoglobina glicada, microalbuminúria e aferição de pressão arterial. Além disso, são ministradas palestras educacionais e exposição de produtos e alimentos preparados para pacientes com diabetes.

Para os profissionais, a ANAD promove um congresso multidisciplinar e multiprofissional anual, cursos de pós-graduação para formação de educadores em diabetes e desenvolve um projeto com a *World Diabetes Foundation* para atualização de profissionais da rede pública, além de cursos específicos em todas as áreas afins com o diabetes.

A ANAD edita a revista “Diabetes Clínica”, voltada à área médica e que aborda assuntos em desenvolvimento científico e matérias sobre diabetes mellitus e a revista “ANAD Informa”, voltada a comunidade e associados da instituição.

O DOANAD – Departamento de Odontologia da ANAD – conta com um consultório odontológico completo, no qual atuam quatro profissionais capacitados para atendimento de pacientes com diabetes. Somente são comissionados profissionais que passaram por programas de aperfeiçoamento e cursos ministrados pela própria instituição. A ANAD e a Associação Nacional Brasileira de Educadores em Diabetes promovem um curso de especialização em Educação em Diabetes que se repete com regularidade.

Como centro de referência para o atendimento de pacientes com diabetes, o DOANAD recebe pacientes indicados por profissionais, principalmente endocrinologistas, que atuam na instituição e por profissionais externos, nas mais diversas áreas, e que atendem esse PNE. Como meio de divulgar informações pertinentes ao diabetes, para pacientes e profissionais, a ANAD divulga para seus associados e para a população em geral, programas em rádio e televisão. Essa divulgação sobre o tema traz para o DOANAD uma quantidade expressiva de pacientes que preferem ter uma atenção especializada para seu quadro clínico.

Mais de 90% dos pacientes são adultos e alguns deles portadores de diabetes tipo 1, com histórico de diabetes ao longo da vida. Os portadores de diabetes do tipo 2, em geral, são pacientes “novos” e muitas vezes desconhecem as complicações para o diabetes que as más condições bucais podem acarretar. Algumas gestantes também procuram atendimento odontológico no departamento.

A maior parte desses pacientes é descompensada do ponto de vista glicêmico e seu atendimento odontológico requer profissionais habilitados para prever e contornar problemas advindos dessa condição. Preliminarmente, os pacientes são submetidos a uma anamnese detalhada e, antes de serem atendidos, passam por testes de glicemia com glicosímetro. Além disso, exames laboratoriais como hemogramas e coagulogramas são requisitados quando necessário. Como muitos desses pacientes apresentam hipertensão associada ao diabetes, a aferição da pressão arterial é prática regular no departamento.

O DOANAD oferece todo tipo de atendimento odontológico, excetuando aparelhos ortodônticos e implantes dentários. Casos complexos, não decorrentes do diabetes, são encaminhados para o Centro de Atendimento de Pacientes Especiais da USP. São realizados, em média, 150 atendimentos odontológicos ao mês.

A condição bucal mais grave é a doença periodontal, com consequências que levam a perda de dentes, implicando na necessidade de próteses dentárias. Tratamentos de dentística, endodônticos e cirurgia também são comuns. Os pacientes que requerem tratamento cirúrgico recebem atenção especial porque quando estão descompensados são mais propensos a risco de infecções e dificuldade de cicatrização.

Pacientes que são submetidos à cirurgia muitas vezes desconhecem as implicações recorrentes no pós-operatório, quando não alertados alimentam-se de comidas pastosas ou sopas ricas em carboidratos, que interferem na glicemia e trazem problemas de descompensação, por esse motivo recomenda-se orientações com a nutricionista.

Casos de hipoglicemia também ocorrem e quando prontamente diagnosticados os pacientes recebem um sachê de glicose para restabelecimento do quadro normal.

O DOANAD participa ativamente do Congresso multidisciplinar da ANAD, com conferências e cursos para dentistas e profissionais envolvidos na área. Produz também folders e artigos para as revistas editadas pela associação. Aos sábados a

ANAD realiza palestras educativas para pacientes e a cada bimestre um assunto de Odontologia é levado para discussão.

No Dia Mundial do Diabetes, O DOANAD realiza mais de mil exames odontológicos, com a participação de dentistas e acadêmicos voluntários.

Em 2010, o programa de aprimoramento estava em fase de reestruturação. Em sua programação anterior, o curso previa seis meses de duração, com quatro horas semanais, e o aprimorando desenvolvia a parte prática do curso no consultório da ANAD, com atuação direta com o paciente.

6 Discussão

6.1 Ensino Odontológico

As atuais diretrizes curriculares nacionais, do Curso de Graduação em Odontologia, foram instituídas pela Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), que em seu Art. 3º decretou que:

“O Curso de graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.”

Esse artigo nos confronta com uma realidade ainda distante, na formação profissional dos estudantes de Odontologia, quando o tema é a Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. Um primeiro aspecto a ser considerado diz respeito à discussão de em que estágio da formação profissional deve ser implementada a preparação do cirurgião-dentista para atuar com pacientes que apresentam necessidades especiais.

O presente estudo avaliou os currículos de graduação das Faculdades de Odontologia da região metropolitana de São Paulo, e mostrou que a incorporação da OPNE na formação dos futuros dentistas ainda é insuficiente e incompleta. Observações análogas têm sido registradas, e os principais motivos mencionados são a indisponibilidade de espaço na programação curricular, motivação insuficiente dos dirigentes das instituições de ensino, falta de preparo dos professores para atuarem nessa área e inaptidão dos alunos que estão começando suas atividades práticas (Giangreggo, 1983; Soto Rojas; Cushing, 1992; Romer et al., 1999; Shenkin et al., 2001; Casamassimo et al., 2004; Gallagher; Fiske, 2007; Sherman; Anderson, 2010).

Entre as doze faculdades de Odontologia da região metropolitana de São Paulo, que participaram desse estudo, apenas cinco contemplam em suas grades curriculares a disciplina de OPNE. Os programas são formais, com atividades didáticas, clínicas e produção de trabalhos, que são apresentados em jornadas odontológicas nas faculdades e artigos publicados em revistas científicas. Na UNIBAN, em particular, essa disciplina havia sido instituída e foi mantida ativa até 2003, mas foi excluída na readequação curricular efetuada em 2004, na qual a responsabilidade pelo atendimento odontológico de PNE foi transferida para a COI. Contudo, na disciplina de clínica integrada, a função de preparar alunos para atuarem na OPNE não foi atribuída a nenhum professor.

Mesmo salientando que atendem PNE em suas clínicas odontológicas e que dispõem de espaços adequados para essa prática, as demais Faculdades de Odontologia não disponibilizam o ensino formal da OPNE para seus alunos em seus programas didáticos e clínicos, e poucas horas de seus programas são destinadas para esse ensino (Fenton, 1993; Romer et al., 1999; Bernick, 2001; Wolff et al., 2004; Casamassimo et al., 2004; Fenton, 2004; Dao et al., 2005; Smitley et al., 2009; Sherman; Anderson, 2010).

A preocupação com a receptividade e a exposição do PNE, aos alunos que estão no início de sua formação, parece ser uma das tônicas mais relevantes no desenvolvimento dessa disciplina nas grades curriculares das Faculdades que oferecem a disciplina. Na FOUSP, apenas PNE que imponham pouca dificuldade para o atendimento são tratados pelos alunos durante a graduação. Na FO-UBC, os alunos colaboram com o docente responsável na triagem dos PNE que serão atendidos. NA FO-UNICSUL, a disciplina de OPNE tem motivado apreensão entre os alunos que iniciam a graduação. Na FO-UNISA, pelo contrário, a inclusão dessa prática já no início do curso de Odontologia parece ter sido uma estratégia bem sucedida para suscitar uma boa aceitação dos estudantes. É interessante notar que estudos realizados nas Faculdades de Odontologia da UNICSUL e UNIP avaliaram como sendo favorável, entre seus egressos, a aceitação da perspectiva de atuação com PNE (Giangreco, 1983; Bedi et al., 1986; Mofidi et al., 2003).

A implementação da disciplina nos currículos de algumas faculdades parece promissor em um futuro próximo. As FO da UNICID, Metodista, UNIB e USP pretendem a curto e médio prazo transformar a OPNE em disciplina obrigatória. Para as faculdades que não explicitaram essa intenção, seus dirigentes expressaram seu interesse em desenvolver módulos de extensão e cursos de especialização aplicados à atenção aos PNE. Atividades de extensão universitária têm sido avaliadas favoravelmente como modalidade de integração entre ensino universitário e atendimento odontológico aos PNE (Kimmelman, 1989; Reed, 1989; Ferguson et al., 1991; Wile; Ferguson, 1992; Nunn et al., 2004; Smith et al., 2006).

A inclusão de uma disciplina dirigida ao atendimento odontológico de OPNE é um primeiro e necessário passo de planejamento curricular, mas não garante as qualidades necessárias para um bom desenvolvimento do curso. É preciso, ainda, contar com equipes de suporte, cujo apoio é essencial quando se trabalha no ambiente acadêmico odontológico com pacientes que apresentam diferentes tipos de características diferenciadas. Projetos de extensão precisam contar com a colaboração de professores de outras disciplinas e de diretores/coordenadores, além do apoio dos alunos que aspiram uma melhor formação (Wile; Ferguson, 1992; Waldman et al., 1999; Waldman; Perlman, 2002).

O encaminhamento por outros profissionais; a garantia de serem atendidos; facilidade de acesso; baixo custo; a deferência das equipes de atuação. São vários os motivos que levam os PNE a procurar tratamento nas faculdades ou núcleos de atendimento específicos como o CAPE, o NEANE e o CEAPE e hospitais. Essas unidades executam importantes atividades de extensão dos serviços que são disponibilizados pelas Universidade, e podem dispor de condições nem sempre encontrados nas clínicas das faculdades. Em geral, são construídas em áreas mais adequadas, dispõem de horários mais flexíveis, facilitam o acesso e a afluência dos PNE. Atividades extramuros também podem colaborar na formação do graduando, possibilitando aos alunos desenvolverem suas habilidades para o atendimento odontológico aos PNE em ambiente externo a faculdade (Stiefel et al., 1997; Mofidi et al., 2003; McTigue, 2007; Sherman; Anderson, 2010).

As atitudes dos profissionais para com os PNE refletem aspectos de sua formação escolar, seus contactos sociais, virtuais e mesmo preconceitos contra a diferença. O ensino odontológico, muitas vezes, enfatiza o atendimento "regular" e não prepara o aluno para o desafio de atender ao PNE. Casamassimo et al. (2004) e Dao (2005) afirmaram que profissionais já formados apresentavam pouca adesão à proposta de atendimento aos PNE, queixando-se fundamentalmente pelo pouco tempo destinado ao aprendizado de OPNE em sua formação de graduação. Seus estudos mostraram que os cirurgiões-dentistas generalistas desejariam ter tido mais treinamento para esse tipo de atendimento, sugerindo que a educação odontológica tem impacto direto no comportamento e atitudes dos profissionais na atenção dos PNE.

A formação dos estudantes pode receber um reforço importante da tecnologia: na FOU SP e na FO-UBC, são desenvolvidos programas com auxílio da informática. Esses recursos têm sido avaliados favoravelmente na função de desmistificar o atendimento de PNE (Kleinert et al., 2007; McTigue, 2007; Sanders et al., 2008). A disseminação da ciência, porém, não pode suprimir ou relegar a um segundo plano um aspecto nem sempre discutido e praticado em nossa formação profissional: o exercício da sensibilidade. A Odontologia pode contribuir de modo relevante para a vida dos PNE; o contacto com esses pacientes também pode ser importante para o futuro profissional desenvolver suas habilidades técnicas e aspectos humanos fundamentais para a prática profissional, como a compaixão, o carinho, a empatia e o respeito pelo paciente. O contacto profissional com os PNE pode propiciar experiências emocionais que ajuda o cirurgião-dentista a acumular reflexão e a conquistar atitudes e valores necessários para o bom desempenho de suas funções (Mofidi et al., 2003; Nunn et al, 2004; Morton, 2008).

6.2 Especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais

A concepção de uma nova especialidade não é tarefa simples, ela percorre caminhos nem sempre pré-estabelecidos. Depende de circunstâncias e condições diversificadas, envolvendo o interesse pessoal dos profissionais, a demanda que

justifica sua criação, os órgãos fiscalizadores que normatizam e regulamentam o exercício da Odontologia. A OPNE passou por muitos obstáculos até se estabelecer como especialidade odontológica em vários países. A princípio, foi recebida com menosprezo, alguma desconfiança e até oposição. Mas evolução das tendências demográficas e a determinação de profissionais que desenvolveram o “gene das necessidades especiais” contribuíram de modo decisivo para que se firmasse a nova especialidade (Chalmers, 2001; Shenkin et al., 2001; Ettinger et al., 2004; Nunn et al., 2004; Conselho Federal de Odontologia, 2005; Fiske, 2006; Mugayar et al., 2007; Specialist Advisory Committee for Special Care Dentistry, 2007).

Os passos iniciais da OPNE foram dados em cursos de pós-graduação que contemplavam informações sobre pacientes com deficiências, porém não eram cursos formais. Profissionais com “habilidades especiais” não eram reconhecidos como especialistas e não havia consenso na definição do conceito de “pacientes especiais”. Muitos pacientes necessitavam atenção em ambiente hospitalar, mas os hospitais cerceavam o credenciamento de dentistas, pois esses não comprovavam formalmente suas competências técnicas para cuidar desses pacientes. Outro fator importante era a formação de profissionais que se dedicassem à atividade acadêmica, pois dependia deles a educação das novas gerações de profissionais dedicados a causa da OPNE (Stiefel; Truelove, 1985; Erridge, 1986; Glassman; Miller, 1998; Ettinger, 2000; Ettinger et al., 2004; Gallagher; Fiske, 2007).

A qualificação técnica dos professores que atuam junto ao PNE varia conforme as necessidades dos programas implementados, mas parece haver uma propensão para trabalhar com PNE dos profissionais envolvidos com Cirurgia, Patologia, Estomatologia e principalmente Odontopediatria (Hunter et al., 2004; McTigue, 2007). Outra tendência é a presença marcante de mulheres atuando nessa área. O presente estudo identificou que todos os cursos de especialização em OPNE em São Paulo são coordenados por mulheres e que a maioria dos estudantes na pós-graduação dessa especialidade é também de mulheres. Observações análogas foram registradas na literatura no contexto brasileiro (Mugayar et al., 2007) e internacional (Waldmam; Perlman, 2006).

Os programas curriculares do curso de especialização em OPNE devem ter uma abordagem holística e abranger assuntos técnicos que capacitem o profissional no entendimento do PNE e seu entorno. O trabalho em equipe deve envolver relações transdisciplinares, permitindo que áreas afins de conhecimento interajam e participem do processo educacional do estudante, promovendo a troca de informações e qualificando a atenção dedicada aos PNE e seus cuidadores. Os cursos de especialização em andamento em São Paulo contemplam disciplinas de áreas médicas e odontológicas, mas ainda não dispõem de profissionais de apoio para as áreas de reabilitação, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psicólogos. A carência desse tipo de apoio para os estudantes de cursos de especialização, bem como seu potencial para favorecer o atendimento clínico também foi registrado na literatura (Ettinger et al., 2004; Hunter et al., 2004; Conselho Federal de Odontologia, 2005; Gallagher; Fiske, 2007).

O atendimento de PNE não deve ser uma prerrogativa apenas do especialista, muitos pacientes com condições clínicas complexas podem receber tratamento por dentistas clínicos gerais. Mas uma formação adequada para a provisão de serviços para esses pacientes pode permitir uma melhor abordagem e o gerenciamento de situações incomuns no dia-a-dia do consultório (Shenkin et al., 2001; Stiefel, 2002; Fiske, 2006). Por outro lado, apenas a criação da especialidade não consegue suprir a demanda exagerada de serviços que esses pacientes requerem. Recursos devem ser destinados para a formação básica do estudante e o repasse de verbas deve servir para compensar o aumento de tempo despendido para esse paciente, o que contribuiria, também, para atrair mais prestadores de serviço (Steinberg, 2005; Waldman; Perlman, 2006).

O presente estudo mostrou o quão institucionalizada se encontra a formação de profissionais na especialidade de OPNE. Cursos de especialização estão em andamento no Brasil e no mundo, propiciando a muitos profissionais que desenvolvam sua competência e habilidades (Conselho Federal de Odontologia, 2005; Fiske, 2006, First For Special Care Dentistry, 2009, Special care Dentistry List Reminder, 2009). Congressos dedicados aos PNE são uma realidade e dinamizam a especialidade, ajudando a cativar a vocação e a projetar a pesquisa na área.

6.3 Centro de Atendimento: Paralisia Cerebral

O termo “paralisia cerebral” (PC), apesar de estar em desuso na nosografia médica, é universalmente reconhecido por profissionais de saúde, pesquisadores e organizações de gestão em saúde. É uma das condições mais debilitantes da infância e tem alta prevalência na sociedade. Há uma variedade de fatores de risco, e apesar do grande desenvolvimento tecnológico de imagens e o aprimoramento dos estudos das ciências básicas, sua etiologia ainda é desconhecida para muitos casos (Kauffmann, 1956; Lefèvre; Diament, 1990; Piovesana, 1998; Bax et al., 2005; Baladi et. al., 2007; Jones et al., 2007; National Institutes of Health, 2010d; Zarrinkalam et al., 2010).

O diagnóstico da PC pode trazer para famílias e cuidadores um impacto emocional tão grande como câncer ou outra doença temida e o erro de avaliação pode retardar o processo de reabilitação do paciente acometido, comprometendo outras condições e o planejamento do tratamento (Souza, 1998; Baxter; Rosenbloom, 2005; Baladi et. al., 2007; Zarrinkalam et al., 2010). O tratamento de pacientes com paralisia cerebral requer profissionais capacitados em todas as áreas de reabilitação que trabalham com esse paciente (Piovesana, 1998; Souza, 1998; Baladi et al., 2007; De Camargo; Antunes, 2008; National Institutes of Health, 2010d).

Foi descrita a atuação do centro de atendimento da AACD como estudo de caso ilustrativo do atendimento odontológico a pacientes com PC na cidade de São Paulo. Nessa unidade, o atendimento aos PNE é multidisciplinar, e a equipe de Odontologia está inserida no programa de reabilitação dos pacientes. O centro de atendimento tem uma função importante junto à comunidade, pois pode oferecer facilidade de acesso ou transporte, eliminação de barreiras arquitetônicas, tratamento a baixo custo, e produzem uma expectativa favorável dos cuidadores ansiosos em conseguir melhores condições de tratamento para seus protegidos. A AACD dispõe, nos consultórios odontológicos de suas duas unidades, de espaço adequado para circulação de cadeirantes e macas, e seus profissionais são preparados para atender os diversos tipos de paralisia cerebral e as complexidades

de seus tratamentos dentários. A importância de propiciar essas condições para o atendimento também foram sublinhadas na literatura (Rosenstein, 1978; Hengen, 1980; Griffiths, 2008).

Não há relação direta entre a paralisia cerebral e comprometimento da qualidade da saúde bucal, mas os pacientes afetados, muitas vezes, apresentam prejuízos de condição motora e dificuldade de higienização bucal. A situação pode se agravar, quando vêm se somar outras condições bucais freqüentes nesses pacientes, como a má oclusão, alterações de tônus nos músculos faciais, incontinência salivar e dieta rica em carboidratos. Esses fatores podem acarretar problemas odontológicos em maior proporção e/ou gravidade do que na população sem problemas neurológicos (De Camargo; Antunes, 2008).

As múltiplas necessidades de tratamento odontológico desses pacientes acarretam uma elevada demanda na provisão de serviços. Com mais de 400 consultas mensais, o setor de Odontologia da AACD busca oferecer melhores condições para os pacientes que buscam apoio nos seus processos de reabilitação. As condições clínicas advindas das sequelas da PC repercutem diretamente no tratamento e impõem procedimentos não usuais na *práxis* odontológica. O uso de contenção, abridores de boca, participação ativa dos cuidadores, são atividades rotineiras quando da oferta de serviços para os pacientes com PC (Figueiredo, 1998; Cesar, 2007; Griffiths, 2008).

O setor participa, juntamente com a comissão de ensino da instituição, da formação de aprimorandos e aperfeiçoandos que procuram a AACD. Esse serviço possibilita a capacitação de profissionais e vem de encontro com os ideais que regem a OPNE (Hengen, 1980; Griffiths, 2008).

6.4 Centro de Atendimento: HIV/AIDS

A aids é uma doença contemporânea. Foi identificada no início dos anos 80; modificou costumes da sociedade, transgrediu idéias arraigadas na comunidade

médica e ceifou milhares de vidas. Inicialmente disseminada em segmentos da população (homossexuais, pacientes submetidos a transfusão sanguínea), a aids se manifestava como alteração de imunidade biológica, tornando o paciente vulnerável a infecções oportunistas e complicações neurológicas. Em pouco tempo, a aids se alastrou com características epidêmicas em todo o mundo, e afeta pessoas de todas as faixas etárias, classes sociais e etnias (Grassi et al., 1994; Centers for Disease Control, 2010; National Institutes of Health, 2010b; World Health Organization, 2010).

No Brasil, milhares de pessoas foram infectadas pelo HIV e quase 90% dos municípios, em todos os estados da federação, registram ao menos um caso da doença (Brasil, 2010a). Pacientes com aids necessitam uma atenção transdisciplinar, envolvendo equipes de saúde com formação profissional diversificada, como médicos, dentistas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros. Apesar de ser uma doença fatal, a sobrevivência dos pacientes depende da época do diagnóstico, de fatores biológicos não identificáveis e da eficácia da terapia medicamentosa (Silverman, 1995; National Institutes of Health, 2010b).

A diversidade de ações necessárias para conter a propagação da doença e pela finalidade de se implantar medidas de prevenção, controle, diagnóstico e tratamento levou o serviço público de saúde a criar centros de provisão de cuidados nessa área em todo o país. O Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS estabelecido em São Paulo tornou-se referência no atendimento de pessoas com HIV/AIDS no Brasil. O presente estudo descreveu, nesse contexto, as ações de atenção odontológica para os pacientes infectados e de capacitação de profissionais para cuidar desses pacientes que têm sido desenvolvidas pela equipe de saúde bucal desse estabelecimento (Currey et al., 1990; Brasil, 2000).

Os cuidados no tratamento de PNE com histórico de doenças infecto-contagiosas passa por um aprimoramento nas técnicas de biossegurança que devem ser implantadas desde a faculdade e nos serviços de Odontologia em geral. O controle da infecção cruzada é uma obrigação do profissional que precisa cuidar

de seu paciente e de si mesmo, evitando riscos de contaminação. Há um risco teórico de ocorrer a transmissão do HIV durante o atendimento odontológico, do cirurgião-dentista para o paciente, ou vice-versa, envolvendo possíveis acidentes com material biológico contaminado. Essa possibilidade induziu questionamentos éticos, com muitos profissionais e estudantes tendo demonstrado sinais de preconceito e se rejeitando a prover cuidados odontológicos a pacientes infectados (Currey et al., 1990; Alvez, 2002; Seacat; Inglehart, 2003; Pagliari et al., 2004; Senna et al., 2005; Azodo et al., 2010). Essa situação também afetou o CRT por um período, pois a demanda por atendimento odontológico era aumentada pela dificuldade que muitos pacientes enfrentavam em procurar serviços na comunidade odontológica.

A esse respeito, a solução encontrada foi ampliar os protocolos de segurança no atendimento odontológico e considerar que todo paciente pode ser potencialmente portador da infecção, uma vez que é impossível distinguir clinicamente pacientes assintomáticos dos não infectados (Discacciati; Villaça, 2001; Corrêa; Andrade, 2005). Com isso, o profissional procuraria oferecer o melhor de si e seguir as regras universais de biossegurança em todos os atendimentos.

A educação é o melhor caminho para desmistificar o atendimento de pacientes com o vírus da aids. O conhecimento sobre a infecção e as medidas de biossegurança são essenciais; insuficiências de formação nessas áreas têm sido consideradas o obstáculo primordial para a provisão de cuidados a esses pacientes (Oliveira et al., 2002; Patton et al., 2002; Sposto et al., 2003; Seacat; Inglehart, 2003; Nasir et al., 2008). O problema não se restringe ao aluno em formação, professores responsáveis pela educação em faculdades também demonstraram desconhecimento dos cuidados gerais na atenção odontológica de pacientes infectados (Pagliari et al., 2004). Nesse sentido, sublinha-se a importância do CRT, não apenas na oferta direta de tratamentos, mas na formação teórica e prática dos profissionais que irão propiciar a ampliação da assistência odontológica a esses pacientes.

A prevenção de riscos e o suporte da instituição no caso de acidentes com instrumentos deve ser dirigido para todos os funcionários que atuam diretamente

com o paciente. No CRT, é sugerido que todos os profissionais recebam todas as vacinas disponíveis para a prevenção de infecções; os acidentes com instrumentos perfuro-cortantes são raros e a instituição apóia o profissional em todos os momentos. As vacinas contra as hepatites e protocolo pós-exposição rigoroso são ferramentas que contribuem com o dentista que vai executar os procedimentos (Carvalhais et al., 2007; Azodo et al., 2010).

A formação dos estudantes nas faculdades de Odontologia deve privilegiar conceitos éticos e de confiabilidade; por tudo que envolve a aids, os pacientes muitas vezes sentem-se inseguros de informar aos profissionais suas reais condições, perdem os dois, o paciente por não receber a devida atenção para seus problemas gerais, o profissional que desavisado pode não se comportar adequadamente perante a doença e ao paciente (Discacciati; Vilaça, 2001; Rohn et al., 2006). Mas os profissionais já formados também devem se beneficiar da educação continuada, com a evolução dos prognósticos de expectativa de vida a infecção tem mudado de perfil, tanto pelos aspectos clínicos do paciente infectado, como pelas novidades terapêuticas que dão um novo alento aos doentes (Mulligan et al., 2006).

Nesse sentido, o CRT tem procurado oferecer uma atenção sempre renovada para a educação continuada dos profissionais que efetuam estágios e treinamento. Os novos estagiários que chegam ao CRT já não se assustam como no início da epidemia. O advento da terapêutica anti-retroviral mudou a forma de encarar a doença, mas será que os dentistas estão se preparando melhor para o atendimento dos pacientes, diminuiu o preconceito, os preceitos de biossegurança estão sendo plenamente aplicados? A coordenação da equipe de saúde bucal do CRT diz que desde a criação do setor, nenhum estagiário chegou adequadamente preparado para os cuidados de biossegurança; essa observação é consistente com a literatura pesquisada (Mulligan et al., 2006; Abreu et al., 2009).

6.5 Centro de atendimento: Diabetes

O diabetes tem uma evolução silenciosa, os principais sintomas não se manifestam de imediato na maioria dos pacientes, e o número de pessoas afetadas é crescente. Estima-se quase 400 milhões de pessoas com a doença nos próximos quinze anos, no mundo. As expectativas no Brasil também não são promissoras, com quase sete milhões de portadores, o diabetes é a doença crônica mais prevalente em nosso meio (Vernillo, 2003; Brasil 2010b).

O processamento do açúcar no sangue não se faz corretamente devido a falta de um hormônio produzido no pâncreas, a insulina. A presença de glicose no sangue ao longo do tempo acarreta danos em vários órgãos e podem causar desde infecções de gengiva até doenças cardíacas como a hipertensão. Os efeitos são devastadores e as complicações generalizadas podem ser fatais (National Institutes of Health, 2010e). As formas mais comuns são: tipo1, antigamente chamado de diabetes juvenil, o tipo 2, o mais predominante e conhecido como diabetes de adultos e o diabetes gestacional, que pode desenvolver nos estágios finais da gravidez (Gross et al., 2002; American Diabetes Association, 2009; National Institutes of Health, 2010e). O diagnóstico da doença passou por alterações ao longo dos anos. Os antigos parâmetros de mensuração do diabetes foram considerados inadequados e sofreram reformulação por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) e dos especialistas envolvidos no tema (Alberti; Zimmet, 1998; World Health Organization, 1999; Damiani, 2000).

O presente estudo descreveu a ação da ANAD no sentido de realizar sua missão de formar profissionais e educar pacientes em diabetes. O Departamento de Odontologia da associação – DOANAD – tem como meta atender e preparar profissionais para tratamento das sequelas que afetam a cavidade bucal dos pacientes afetados pelo diabetes. A educação em saúde bucal para pacientes com diabetes está diretamente relacionada à melhora do status metabólico dos pacientes, o inconveniente disso é que poucos pacientes têm compreensão desse quadro, e podem considerar aspectos bucais como sendo pouco relevantes em

comparação com outras condições agravantes do diabetes (Kneckt et al., 2000; Allen et al., 2008).

A doença periodontal tem elevada prevalência entre os pacientes com diabetes e esse quadro foi descrito como sendo bastante comum nos pacientes do DOANAD. Foi observado como sendo freqüente, dentre os pacientes que recebem tratamento odontológico na instituição, que muitos deles se apresente para o tratamento odontológico com níveis glicêmicos descompensados, o que pode acarretar problemas importantes nos tratamentos cirúrgicos, uma vez que o diabetes afeta diretamente a circulação nos micro-vasos sanguíneos, comprometendo o sucesso do tratamento (Lalla; D'Ambrosio, 2001; Vernillo, 2003; Perrino, 2007; Lamster et al., 2008; Mealey, 2008a; Wilder et al., 2009). Outras manifestações menos frequentes também foram observadas, como queilite angular, aftas recidivantes e complicações na glândula parótida, o que é consistente com indicações da literatura (Sousa et al., 2003).

Mais de 90% dos pacientes do DOANAD são adultos, as crianças atendidas na instituição têm o perfil das relatadas na literatura, são do tipo 1 e apresentam prevalência de cáries compatível com a população sem diabetes da mesma faixa etária, mas a xerostomia e os problemas periodontais são recorrentes, provavelmente pela resistência a higiene bucal nessa faixa etária. Ao chegar à adolescência, crianças sem os cuidados adequados já podem apresentar destruição da inserção óssea (Costa et al., 2004; Lalla et al., 2006).

As complicações decorrentes da hiperglicemia requerem uma atenção mais próxima e alguns itens devem ser levados em consideração, como o histórico médico, horário de atendimento, monitoramento da glicemia no consultório antes do tratamento, alimentação prévia e cuidados com o risco de infecção no pós-cirúrgico (Lalla; D'Ambrosio, 2001; Vernillo, 2003; Mckenna, 2006; American Diabetes Association, 2009).

Casos mais graves acontecem quando o paciente apresenta quadro hipoglicêmico. No DOANAD, quando prontamente diagnosticado, o paciente recebe

um sache com glicose para se restabelecer e é dispensado do atendimento naquele dia (Lalla; D'Ambrosio, 2001; Mckenna, 2006).

Os avanços no tratamento do diabetes ainda não prometem uma cura definitiva, mas a melhora das medicações, das técnicas operatórias, das cirurgias de transplante de pâncreas ou células das ilhotas de Langerhans, associadas a qualidade dos imunossuppressores, têm ajudado a reduzir a morbidade e mortalidade dos pacientes (Vernillo, 2003; Kidambi; Patel, 2008). A interação dos dentistas que atuam na ANAD com a equipe médica é constante, relatos de intercorrências são informados aos médicos que atuam na instituição e reuniões para discussão de casos acontecem bimestralmente na associação. A participação do DOANAD em eventos acadêmicos e congressos reforçam o compromisso da unidade com o ensino (Radfar; Suresh, 2007; Mealey, 2008b; Wilder et al., 2009).

6.6 Limitações do Estudo

O presente estudo descreveu e analisou o campo institucional dedicado à OPNE na região metropolitana de São Paulo, com ênfase especial nas áreas de formação de recursos humanos e de prestação direta de serviços à população. O tema não é original na literatura internacional, mas poucos estudos se aplicaram a esses objetos no contexto brasileiro. Sendo relativamente recente e pouco consolidada do ponto de vista institucional, a reflexão suscitada pela especialidade odontológica ainda não propiciou massa crítica na literatura especializada para orientar sua implementação no campo institucional. Esta observação refere uma primeira dificuldade do presente estudo, pois não se pôde contar com uma base já consolidada de conhecimentos sobre os tópicos em pauta. Entretanto, espera-se que a apresentação desses resultados possa motivar novos estudos e contribuir para ampliar o conhecimento sobre planejamento de serviços odontológicos e sobre o campo institucional da OPNE no país.

Segundo Nogueira-Martins (2001) o modelo qualitativo de investigação trata fundamentalmente de significados e processos e não de medidas. A veracidade do

que foi relatado é o axioma dos participantes desse estudo, que foram inquiridos em sua condição de gestores dos serviços de atendimento e dos estabelecimentos de ensino superior e de cursos de especialização em OPNE. A veracidade das informações que foram descritas e analisadas nesse estudo precisaria ser verificada in loco durante cada desempenho da unidade. O período das visitas também poderia interferir nos resultados finais da pesquisa, pois alguns cursos ou entidades podem ter mudado seus programas em datas recentes. Nesse sentido, sublinha-se a necessidade de estudos adicionais de observação participante para complementar o presente estudo.

O questionário aplicado em cada unidade visitada, mesmo que despido de qualquer interesse que não a pesquisa propriamente dita, é passível de desconfiança por parte dos gestores que poderiam sentir seus serviços serem alvos de avaliação crítica ao final do estudo. A todo gestor foi enviada, via e-mail, uma cópia do resultado final da entrevista para possível correção de informações não compreendidas ou captadas pelo pesquisador no momento da entrevista.

No presente estudo, a adesão dos gestores de faculdades de Odontologia foi superior à que foi relatada por Smitley et al. (2009), que efetuaram estudo análogo em instituições de ensino superior no Brasil. A insistência do pesquisador junto aos gestores pode ter influenciado essa condição.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisas qualitativas têm demonstrado que experiências humanas podem ser relatadas, observadas e conceituadas, mas nem sempre medidas.

"Nem tudo que pode ser contado conta, e nem tudo que conta pode ser contado"

(Marinelli et al., 1991).

Reconhecida como especialidade no início do século XXI, a Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais é uma realidade, no Brasil e no mundo. Especificamente na região metropolitana de São Paulo, há quatorze faculdades de Odontologia. Das doze que aceitaram participar desse estudo, quatro já contemplam a disciplina de OPNE em seus currículos como obrigatória, em uma delas a disciplina é optativa. Sete faculdades não disponibilizam a disciplina, mas uma delas já programou a disciplina de OPNE em seu programa didático, para início em curto prazo. Também foram reconhecidos projetos de implantação de núcleos de estudo e cursos de especialização nessas faculdades. As coordenações de todas elas concordaram que há necessidade de se prover cuidados odontológicos para pacientes com necessidades especiais.

Os cursos de Especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais têm função importante no fomento da especialidade e ajuda na capacitação dos cirurgiões-dentistas e na formação de docentes. Sua missão é instruir acadêmicos e novos profissionais para atuar na especialidade. Já foram realizados oito cursos de especialização em São Paulo, com aproximadamente noventa alunos formados. Nos três cursos em andamento, trinta e dois alunos estão sendo preparados. Do total de profissionais formados e em formação nesses cursos, mais de 90% são mulheres. Os conteúdos programáticos são bastante semelhantes. Reconhece-se que apenas os profissionais oriundos dos cursos de especialização em OPNE não são em número suficiente para suprir a elevada demanda de serviços requeridos pelos pacientes com necessidades especiais.

A paralisia cerebral continua sendo uma das condições mais debilitantes da infância e suas sequelas repercutem diretamente na provisão da atenção odontológica. O centro de atendimento especializado descrito nesse estudo conta com cirurgiões-dentistas capacitados no manejo desses pacientes e a participação de uma equipe multidisciplinar de suporte para esse tratamento. O *design* dos consultórios é adequado para a circulação dos pacientes e a disponibilização do tratamento sob anestesia geral favorece o atendimento de pacientes com quadros clínicos mais complexos. O programa de aperfeiçoamento e aprimoramento mantido pela unidade já capacitou mais de 150 profissionais em dezesseis anos.

Sob vários aspectos, a aids configura um enorme desafio para os profissionais de saúde. O preconceito e uma atenção insuficiente com os cuidados de biossegurança podem prejudicar o atendimento odontológico para os pacientes infectados. O centro de referência em HIV/aids conta com uma equipe multidisciplinar especificamente capacitada para a atenção dos pacientes com esta patologia. No setor de Odontologia, os cuidados com a biossegurança e os protocolos de procedimentos em casos de acidentes com instrumentos pérfuro-cortantes são rigorosos. Os avanços da terapêutica anti-retroviral propiciaram modificações na abordagem ao paciente infectado, com repercussão inclusive no atendimento odontológico. O setor de Odontologia da unidade recebe profissionais de todos os estados do país e já capacitou mais de quinhentos cirurgiões-dentistas para o serviço público e privado.

Estima-se que mais da metade dos pacientes com diabetes desconhecem sua condição clínica. O departamento de Odontologia da ANAD, selecionado para o presente estudo como centro de atendimento especializado no atendimento desses pacientes, atua diretamente com a equipe médica e está em fase de reestruturação de seu programa de aperfeiçoamento. A maior parte dos pacientes comparece ao atendimento odontológico apresentando níveis glicêmicos descompensados. Os cirurgiões-dentistas que atuam com pacientes portadores de diabetes precisam prever e contornar os problemas relacionados a essa condição. Mais de 90% desses pacientes são afetados pelo tipo 2 e desconhecem as complicações de más condições de saúde bucal para o diabetes.

Todos os centros de atendimento especializado que participaram do estudo atuam com equipes multidisciplinares, disponibilizam atendimento integral, contam com equipes de apoio especificamente capacitadas e podem oferecer opções de tratamento complementar para os pacientes com necessidades especiais. Além disso, todas as unidades pesquisadas atuam na formação de profissionais e na educação em saúde bucal para os pacientes.

A aplicação da metodologia qualitativa no presente estudo permitiu identificar diferentes áreas de atuação profissional para a provisão de cuidados odontológicos aos pacientes com necessidades especiais. O diálogo entre essas áreas, no entanto, precisa ser mais constante, uma vez que sua efetividade depende do apoio da comunidade odontológica e seus líderes. A interação das faculdades de Odontologia, as organizações profissionais e os centros especializados, pode ajudar a formação do profissional. O repasse adequado de recursos, destinados a remuneração dos profissionais, deve atrair mais prestadores para a atenção desses pacientes.

A atenção odontológica para pacientes com necessidades especiais, necessita de profissionais com “habilidades especiais”, desprovidos de preconceitos, envolvidos com a causa e cientes de suas responsabilidades perante a profissão e a sociedade. É preciso incentivar a carreira profissional para as futuras gerações com o “gene das necessidades especiais”.

Agimos perante as situações profissionais balizados por dois componentes normais da natureza humana: a razão e a emoção. A Odontologia como ciência deve ser balizada pela razão. O relacionamento humano como vivência deve ser balizado pela emoção.

REFERÊNCIAS¹

Abreu MHNG, Lopes-Terra MC, Braz LF, Rímulo AL, Paiva SM, Pordeus IA. Attitudes and behavior of dental students concerning infection control rules: A study with a 10-year interval. *Braz Dent J.* 2009; 20(3): 221-5.

Alberti KGMM, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1.. Provisional report of a WHO Consultation. *Diabetic Medicine.* 1998;15:539-53.

Album MM. Dental care for the handicapped. Its past and its future. In: *Abertura do 14th Congress International Association for Disability and Oral Health; 1998; Yokohama (JP).* Available from < URL: <http://www.iadh.org/dr.htm>>. [2001 Oct. 31].

Album MM. Dental rights for persons with developmental disabilities - past, present, and future. *Spec Care Dentist.* 1988;8:239.

Album MM. The philosophy of dental care of the handicapped: past, present, and future. *Spec Care Dentist.* 1990;10:129-32.

Allen EM, Ziada HM, O'Halloran D, Clerehugh V, Allen PF. Attitudes, awareness and oral health-related quality of life in patients with diabetes. *J Oral Rehabil.* 2008;35: 218-23.

Alves EGR. *Profissionais de saúde: vivendo e convivendo com HIV/AIDS.* São Paulo: Santos; 2002. p 28.

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2009. *Diabetes Care.* 2009, 32: S13-S61.

Associação Brasileira de Odontologia para Pacientes Especiais. Histórico da ABOPE. Disponível em < URL: www.abope.org.br. [02 abril 2010].

Associação de Diabetes Juvenil. História do Diabetes. Disponível em < URL: <http://www.adj.org.br/site/internas.asp?area>. [02 maio 2010].

¹ De acordo com estilo Vancouver

Azodo CC, Ehizele AO, Oboro HO, Umoh A. Concerns and attitude of dental students towards HIV infected individuals. *Int. J Biomed, Hlth Sci.* 2010;6:37-43.

Baladi ABPT, Castro NMD, Morais F^o MC. Paralisia Cerebral. In: Ramos ACR, Casalis MEP, Hebert SK. *AACD Medicina e Reabilitação: princípios e prática.* São Paulo: Artes Médicas; 2007. cap. 2, p.15-34.

Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N, Dan B, Jacobsson B, Damiano D. Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2005;47:571-6.

Baxter P, Rosenbloom L. CP or not CP? *Dev Med Child Neurol.* 2005;47:507.

Bedi R, Chant SC.; O'Donnell, D. Evaluation of attitudes of Chinese dental students toward dental care for patients with handicapping conditions. *Spec Care Dentist.* 1986;6:29-32.

Bernick SM. Improving dental access (Letters). *J Am Dent Assoc.* 2001;132:1082-3.

Brasil. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Centro Gráfico, Senado Federal; 1988.

Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União, Brasília (DF) 04 março 2002; Sec1:10-1.*

Brasil. Ministério da Saúde. Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de aids. Manual de condutas. Brasília, 2000. 118 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em <URL: [http:// www. Aids.gov.br/paginas/dados-e-pesquisas](http://www.Aids.gov.br/paginas/dados-e-pesquisas). [09 julho 2010a].

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Diabetes. Dados estatísticos Disponível em < URL: http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1457. [14 abril 2010b].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços. Brasília; 1995.

Carvalhais HPM, Martins TCPM, Jorge LR, Machado DM, Paiva SM, Pordeus IA. Management of occupational bloodborne exposure in a dental teaching environment. *J Dent Educ.* 2007;71(10):1348-55.

Casamassimo PS, Seale NS, Ruehs K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. *J Dent Educ.* 2004;68:23-8.

Centres for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Statistics and Surveillance. Available from < URL. www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/basic.htm [2010 July 09].

Cesar MF. Odontologia. In: Ramos ACR, Casalis MEP, Hebert SK. AACD Medicina e Reabilitação: princípios e prática. São Paulo: Artes Médicas; 2007. p.531-47.

Chalmers JM. Dentistry for people with special needs - a perspective from Australia and New Zealand. *Spec Care Dentist.* 2001;21:204-5.

Conselho Federal de Odontologia. Consolidação das Normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Brasília, 2005. 78 p.

Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-25/2002. Diário Oficial da União. Seção I, de 28/05/2002, pág.148-9.

Corrêa EMC, Andrade ED. Tratamento Odontológico em pacientes HIV/AIDS. *Rev Odonto Cien.* 2005;20(49):281-9.

Costa CC, Resende GB, Souza JM, Tavares SS, Almeida ICSS, Filho LCC. Estudo das manifestações bucais em crianças com diabetes e suas variáveis de correlação. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2004;48(3):374-8.

Currey CJ, Johnson M, Ogden B. Willingness of health-professions students to treat patients with aids. *Acad Med.* 1990;65(7):472-4.

Damiani D. Critérios e Diagnósticos no diabetes mellitus. Rev Ass Med Brasil. 2000; 46(4):289-311.

Dao LP, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. General dentists and special needs patients: Does dental education matter? J Dent Educ. 2005;69:1107-15.

Dart JW. Ensuring the rights of persons with disabilities. Spec Care Dentist. 1988;8:245-8.

De Camargo MA, Antunes JLF. Untreated dental caries in children with cerebral palsy in the Brazilian context. Int J Paediatr Dent. 2008;(2):131-8.

Discacciati JAC, Vilaça EL. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2001;9(4):234-9.

Erridge PL. Dentistry for the handicapped: a survey of current teaching. Br Dent J. 1986;161:261-3.

Ettinger RL. What's in a name: "special care" or "special needs"? (editorial). Spec Care Dentist. 2000;20:224-5.

Ettinger RL, Chalmers J, Frenkel H. Dentistry for persons with Special Needs: How should it be recognized? J Dent Educ. 2004;68:803-6.

Fenton SJ. If Only We All Cared. J Dent Educ. 2004;68:304-5.

Fenton SJ. People with disabilities need more than lip service. Spec Care Dent. 1999;19:198-9.

Fenton SJ. Universal access: Are we ready? Spec Care Dentist. 1993;13:94.

Ferraretto I. Paralisia Cerebral. In: Souza AMC, Ferraretto I, organizadores. Paralisia Cerebral – Aspectos Práticos. São Paulo: Menon; 1998. p. 83-123.

Ferguson FS, Berentsen BJ, Richardson PS. Dentists' willingness to provide care for patients with developmental disabilities. Spec Care Dentist. 1991;11:234-7.

Figueiredo JR. Odontologia em Paralisia Cerebral. In: Souza AMC, Ferrareto I, organizadores. Paralisia Cerebral – Aspectos Práticos. São Paulo: Menon; 1998. p. 148 -68.

First for special care dentistry. Br Dent J. 2009 207(8):350.

Fiske J. Special Care Dentistry. Editorial. Br Dent J. 2006;200:61.

Fourniol A. Pacientes Especiais e a Odontologia. São Paulo: Livraria Editora Santos; 1998. Introdução ao estudo da Odontologia sobre pacientes Especiais; p.1-26.

Gallagher JE, Fiske J. Special Care Dentistry: a professional challenge. Br Dent J. 2007;202:619-29.

Giangrego E, editor. Education for special care. Spec Care Dentist. 1983;3:129.

Glassman P, Miller CE. Improving oral health for people with special needs through community-based dental care delivery systems. J Calif Dent Assoc. 1998;26:404-9.

Grassi M, Abb J, Hammerle C. Aids em Odontologia. Rio de Janeiro: Revinter; 1994. p.1-33.

Griffiths J. Disability in childhood: challenges for oral health. Dent Nursing. 2008;4: 250-5.

Gross JL, Silveiro SP, Camargo JL, Reichelt AJ, Azevedo MJ. Diabetes Melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. Arq Bras Endocrinol Metab. 2002; 46:16-26.

Haddad AS, Magalhães MH Introdução In: Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2007. p.1-5.

Hengen M. The role of dental hygienist in dental care of the cerebral palsy patient. Dent Hyg. 1980;54(10):472-3.

Hennekim M, Faulks D, Roux D. Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients. J Dent. 2000;28:131-6.

Houaiss A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro; Objetiva; 2001.

Hunter ML, Hunter B, Thompson SA, Mclaughlin WS. *Int J Paediatric Dent.* 2004;14: 246-50.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comentário dos resultados. In: IBGE. *Tabulação avançada do Censo Demográfico 2000, resultados preliminares da amostra.* Rio de Janeiro: Editora IBGE; 2002. p.45-88.

International Association for Disability and Oral Health. Constitution. Available from: < URL: <http://www.iadh.org>>. [2001.Oct. 10].

International Association for Disability and Oral Health. IADH History. Available from: < URL: <http://www.iadh.org/about/history.html>. [2010.May 12].

Jones MW, Morgan E, Shelton JE, Thorogood C. Cerebral palsy: Introduction and diagnosis. *J Pediatr Health Care.* 2007;21(3):146-52.

Kauffmann JH Psychological aspects of dentistry for children with cerebral palsy. *ASDC J Dent Child.* 1956;23(1):69-72.

Kidambi S, Patel SB. Diabetes mellitus. Considerations for dentistry. *J Am Dent Assoc.* 2008;139:8S-18S.

Kimmelman BB. The need for and utility of dental services among people with severe disabilities. *Spec Care Dentist.* 1989;9:10-1.

Kleinert HL, Sanders C, Mink J, Nash D, Johnson J, Boyd S, Challman S. Improving student dentist competencies and perception of difficulty in delivering care to children with developmental disabilities using a virtual patient module. *J Dent Educ.* 2007;71: 279-86.

Knecht MC, Syrjala A-MH, Knuutila MLE: Attributions to dental and diabetes health outcomes. *J Clin Periodontol.* 2000; 27:205–11.

Lalla E, Cheng B, Lai S, Tucker S, Greenberg E, Goland R, Lamster IB. Periodontal changes in children and adolescents with diabetes. *Diabetes Care.* 2006;29 :295-9.

Lalla RV, D'Ambrosio JA. Dental management considerations for the patient with diabetes mellitus. *J Am Dent Assoc.* 2001;132:1425-32.

Lamster IB, Lalla E, Borgnakke WS, Taylor GW. The relationship between oral health and diabetes mellitus. *J Am Dent Assoc.* 2008;139:19S-24S.

Lefèvre AB, Diament A. Paralisia Cerebral. In: Diament A, Cypel S. *Neurologia infantil.* 2ª ed. São Paulo: Ed. Rio de Janeiro; 1990. cap. 43, p.791-808.

Loeppky WP, Sigal MJ. Patients with special health care needs in General and Pediatric Dental practices in Ontario. *J Can Dent Assoc.* 2006;72(10):915.

Marinelli RD, Ferguson FS, Berentsen BJ, Richardson PS. An undergraduate dental education program providing care for children with disabilities. *Spec Care Dentist.* 1991;11:110-3.

Mckenna SJ. Dental management of patients with diabetes. *Dent Clin North Am.* 2006;50 (4):591-606.

McTigue DJ. Dental education and special-needs patients: Challenges and Opportunities. *Pediatric Dent.* 2007;29:129-33.

Mealey BL. Periodontal disease and diabetes. A two-way street. *J Am Dent Assoc.* 2008a;139(3):252.

Mealey BL. The interactions between physicians and dentists in managing the care of patients with diabetes mellitus. *J Am Dent Assoc.* 2008b;139 Suppl:4S-7S.

Mofidi M, Strauss R, Pitner LL, Sandler ES. Dental students' reflections on their community-based experiences: the use of critical incidents. *J Dent Educ.* 2003; 67(5):515-23.

Morton NA. Benefits of a Humanistic Education: A student perspective. *J Dent Educ.* 2008;72(1):45-7.

Mugayar LRF. *Pacientes portadores de necessidades especiais.* São Paulo: Pancast Editora; 2000. Conceito e classificação, p.13-46.

Mugayar L, Hebling E, Dias PV. Special Care in Dentistry: a new specialty in Brazil. *Spec Care Dentist.* 2007;27:232-5.

Mulligan R, Seirawan H, Galligan J, Lemme S. The effect of an HIV/AIDS educational program on the knowledge, attitudes, and behaviors of dental professionals. *J Dent Educ.* 2006;70(8):857-68.

Nasir EF, Astron AN, David J, Ali RW. HIV and AIDS related knowledge, sources of information, and reported need for further education among dental students in Sudan- a cross sectional study. *BMC Public Health.* 2008;8:1-9.

National Institutes of Health. National Diabetes Education Program. Working Together to Manage Diabetes: A Guide for Pharmacists, Podiatrists, Optometrists, and Dental Professionals, 2007. Available from: < URL. <http://www.ndep.nih.gov/publications/PublicationsDetail.aspx?PubId=26>. [2010a May 02].

National Institutes of Health. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. Understanding HIV/AIDS. Available from: < URL. <http://www.niaid.nih.gov/topics/HIVAIDS/Understanding/Pages>. [2010b June 04].

National Institutes of Health. National Institute of Dental and Cranofacial Research. Pratical oral care for people with Cerebral Palsy. Available from: < URL. <http://www.nidcr.nih.gov/OralHealth/Topics/DevelopmentDisabilities>. [2010c May 01].

National Institutes of Health. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Cerebral Palsy information page. Available from: < URL. http://www.ninds.nih.gov/disorders/cerebral_palsy/cerebral_palsy.htm. [2010d May 01].

National Institutes of Health. National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. National Diabetes Information Clearinghouse. Introduction to Diabetes. Available from: < URL. <http://www.diabetes.niddk.nih.gov/>. [2010e May 02].

Neri MC, Soares WL. Idade, incapacidade e o número de pessoas com deficiência. *R Bras Est Pop.* 2004; 21(2):303-21.

Nogueira-Martins MCF. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Nowak AJ. *Odontologia para el Paciente Impedido.* Buenos Aires: Mundi; 1979.

Nunn J, Boyle C, Thompson S, Wilson K. Developing an undergraduate curriculum in Special Care Dentistry. British Society for Disability and Oral Health. Unlocking barriers to care. Manchester: England; 2004. 21p.

Oliveira ER, Naredran S, Falcão, A. Brazilian dental students' knowledge and attitudes towards HIV infection. *Aids Care*. 2002;14:569-76.

Pagliari AV, Garbin CAS, Garbin AJI. HIV Attitudes and practices among professors in a Brazilian dental school. *J Dent Educ*. 2004;68:1278-85.

Patton LL, Santos VA, Mckaig RG, Shugars DC, Strauss RP. Education in HIV risk screening, counseling, testing, and referral: Survey of U.S. dental schools. *J Dent Educ*. 2002;66(10):1169-77.

Perrino MA. Diabetes and periodontal disease: An example of an oral/systemic relationship. *NY State Dent J*. 2007;73(5):38-41.

Piovesana AMMSG. Paralisia Cerebral: contribuição do estudo por imagem. In: Souza AMC, Ferrareto I. Paralisia Cerebral: aspectos práticos. São Paulo: Menon; 1998. cap. 2, p. 8-32.

Radfar L, Suresh L. Medical profile of a dental school patient population. *J Dent Educ*. 2007;71:682-6.

Reed MJ. Special patient care in the undergraduate curriculum. *Spec Care Dentist*. 1989;9:113-5.

Rohn EJ, Sankar A, Hoelscher DC, Luborsky M, Parise MH. How do social-psychological concerns impede the delivery of care to people with HIV? Issues for dental education. *J Dent Educ*. 2006;70(10):1038-42.

Romer M, Dougherty N, Amores-Lafleur E. Predoctoral education in special care dentistry: paving the way to better access? *J Dent Child*. 1999;66(2):132-5.

Rosenstein SN. Dentistry in cerebral palsy and related handicapping conditions. 1^o ed. Springfield: Charles C Thomas; 1978.

Sanders C, Kleinert HL, Boyd SE, Herren C, Theiss L, Mink J. Virtual patient instruction for dental students: can it improve dental care access for persons with special needs? *Spec Care Dentist*. 2008;28:205-13.

Seacat JP, Inglehart MR. Education about treating patients with HIV infections /aids: The student perspective. *J Dent Educ*. 2003;67(6):630-40.

Senna MIB, Guimarães MDC, Pordeus IA. Atendimento odontológico de portadores de HIV/aids: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21:217-25.

Shenkin JD, Davis MJ, Corbin SB. The oral health of special needs children: Dentistry's challenge to provide care. *J Dent Child*. 2001;68:201-5.

Sherman CM, Anderson RD. Special needs education in Canadian dental school curriculum: Is there enough? *J Can Dent Assoc*. 2010;76:1-5.

Silverman, S. Atlas colorido das manifestações bucais da Aids. São Paulo; Santos; 1995. p.1-8.

Smith CS, Ester TV, Inglehart MR. Dental education and care for underserved patients: An analysis of students' intentions and alumni behavior. *J Dent Educ* 2006; 70(4): 398-408.

Smitley MG, Waldman HB, Perlman SP, Ocanto RA. Latin American and Caribbean dental schools: teaching about special needs. *Rev Pan Salud Publica*. 2009;25(4): 322-7.

Soto Rojas AE, Cushing A. Assessment of the need for education and/or training in the dental care of people with handicaps. *Community Dent Health*. 1992;9:165-70.

Sousa RR, Castro RD, Monteiro CH, Silva SC, Nunes AB. O paciente odontológico portador de diabetes mellitus: uma revisão da literatura. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2003;3(2):71-7.

Souza AMC. Paralisia Cerebral: prognóstico funcional. In: Souza AMC, Ferrareto I, organizadores. *Paralisia Cerebral – Aspectos Práticos.* São Paulo: Menon; 1998. p. 39-45.

Special care dentistry list reminder. *Br Dent J.* 2009;207(7):308.

Specialist Advisory Committee for Special Care Dentistry. *Training Programme in Special Care Dentistry.* United Kingdom, 2007. 30p.

Sposto MR, Santos SG, Domaneschi C, Navaroo CM, Onofre MA. Avaliação do conhecimento sobre a infecção HIV de estudantes de Odontologia antes e após palestra informativa. *J Appl Oral Sci.* 2003;11(2):125-32.

Steinberg BJ. Issues and challenges in Special Care Dentistry. *J Dent Educ.* 2005; 69(3):323-4.

Stiefel DJ. Dental care considerations for disabled adults. *Spec Care Dentist.* 2002; 22(3):26S-39S.

Stiefel DJ, Truelove EL. A postgraduate dental training program for treatment of persons with disabilities. *J Dent Educ.* 1985;49(2):85-90.

Stiefel DJ, Truelove EL, Mandel, LS. Treatment needs and care delivery in a graduate training program of dentistry for the disabled. *Spec Care Dentist.* 1984;4: 219-25.

Stiefel DJ, Truelove EL, Martin MD, Mandel LS. Comparison on incoming dental school patients with and without disabilities. *Spec Care Dentist.* 1997;17:161-7.

Tomita NE, Fagote BF. Programa educativo em saúde bucal para Pacientes Especiais. *Odon e Soc.* 1999;1:45-50.

UNAIDS. AIDS epidemic update. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2009. Introduction p: 1-20.

United Nations. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Declaration on the Rights of Disabled Persons. Proclaimed by General Assembly. Resolution 3447 of 9 December 1975. Available from < URL: <http://www2.ohchr.org/English/law/res3447.htm>. [2010 JULY 14].

United States of America. US Department of Health and Human Services. Oral health in America: A report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.

Vernillo AT. Dental considerations for the treatment of patients with diabetes mellitus. J Am Dent Assoc. 2003;134;24S-33S.

Waldman HB, Fenton SJ, Perlman SP, Cinotti DA. .Preparing dental graduates to provide care to individuals with special needs. J Dent Educ. 2005;69:249-54.

Waldman HB, Perlman SP. Preparing to meet the dental needs of individuals with disabilities. J Dent Educ. 2002;66(1):82-5.

Waldman HB, Perlman SP. A Special Care Dentistry specialty: sounds good, but . . . J Dent Educ. 2006;70:1019-22.

Waldman HB, Perlman SP, Swerdloff. M. Managed (not to) care: Medicaid and children with disabilities. J Dent Child. 1999;66:59-65.

Wilder RS, Iacopino AM, Feldman CA. Periodontal-systemic disease education in U.S. and Canadian dental schools. J Dent Educ. 2009;73(1)38-52.

Wilder RS, Thomas KM, Jared H. Periodontal-systemic disease education in United States dental hygiene programs. J Dent Educ. 2008;72(6):669-79.

Wile KE, Ferguson FS. Social work in dental program for the developmentally disabled. Spec Care Dentist 1992; 12: 30-32.

World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of a WHO Consultation, 1999.

World Health Organization. HIV/AIDS data and statistics. Available from < URL: <http://www.who.int/hiv/en/> . [2010 June 10].

Wolff AJ, Waldman HB, Milano M, Perlman SP. Dental students' experiences with and attitudes toward people with mental retardation. *J Am Dent Assoc.* 2004;135: 353-7.

Zarrinkalam R, Russo RN, Gibson CS PhD, Van Essen P, Peek AK, Haan. CP or Not CP? A Review of Diagnoses in a Cerebral Palsy Register. *Pediatr Neurol.* 2010; 42(3):177-80.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa - FOUASP




Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DE APROVAÇÃO
FR - 232064
Protocolo 221/08

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa **APROVOU** o protocolo de pesquisa "**Campo institucional da odontologia para pacientes com necessidades especiais na cidade de São Paulo**", de responsabilidade do(a) Pesquisador(a) José Reynaldo Figueiredo, sob orientação do(a) Prof(a). Dr(a). José Leopoldo F. Antunes.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 17 de fevereiro de 2009.


Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz
Coordenador do CEP-FOUSP

APÊNDICES

Roteiro da Entrevista na Faculdade de Odontologia

- Nome da faculdade e endereço,
- Gestores: diretores, coordenador de odontologia, responsáveis pela disciplina,
- Clínica: acesso, equipamentos, espaços utilizados,
- Professores: seleção, capacitação, equipe de apoio e multidisciplinar,
- Programação curricular: aulas teóricas, práticas e extramuros, duração (semestral ou anual), localização na grade curricular, conteúdo programático,
- Alunos: informação e formação, suporte didático e prático, limites de atuação, proporção aluno / professor
- Pacientes: procedência, quantidade, tipos de deficiências atendidas,
- Referência e contra-referência,
- Protocolo de encaminhamento quando não houver a disciplina,
- Repercussão: entre os pacientes, alunos, professores e outras disciplinas.

Roteiro da Entrevista no Curso de Especialização

- Nome do curso de especialização,
- Local de realização: entidade de classe ou faculdade,
- Coordenador do curso,
- Quantidade e professores e apoio multidisciplinar,
- Número de cursos já realizados,
- Número de alunos formados ou em formação,
- Conteúdo programático,
- Tempo de duração e modelo – semanal, quinzenal ou mensal,
- Carga horária teórica e prática,
- Interação com áreas afins,
- Repercussão: entre os pacientes, alunos, professores e outras especializações.

Roteiro da Entrevista nas Unidades Especiais de Atendimento

- Nome da Instituição e endereço,
- Vínculo com outras entidades,
- Coordenador da área de Odontologia,
- Profissionais envolvidos: cirurgiões-dentistas, assistentes de consultório dentário (ASB), técnicos de higiene dentária (TSB),
- Interação da equipe de saúde bucal com demais profissionais de saúde,
- Atividades formadoras: estágios e residências,
- Programas desenvolvidos: para pacientes e profissionais,
- Perspectivas futuras para o setor de Odontologia,
- Repercussão: entre os pacientes, alunos, profissionais e outras áreas.