



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS

MESTRADO ACADÊMICO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

NELSIMAR BEZERRA SANTOS DA SILVA

**PERCEPÇÃO E DISPONIBILIDADE AO ATENDIMENTO DE PACIENTES
COM NECESSIDADES ESPECIAIS POR GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA
NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE**

FORTALEZA

2023

NELSIMAR BEZERRA SANTOS DA SILVA

PERCEPÇÃO E DISPONIBILIDADE AO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM
NECESSIDADES ESPECIAIS POR GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro Universitário Christus como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área de concentração: Ciências Odontológicas. Linha de Pesquisa: Clínica Odontológica.

Orientador(a): Pro^a. Dr^a. Anya Pimentel
Gomes Fernandes Vieira Meyer

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Centro Universitário Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S586p Silva, Nelsimar Bezerra Santos da.
Percepção e disponibilidade ao atendimento de pacientes com
necessidades especiais por graduandos em odontologia no
município de Fortaleza/CE. / Nelsimar Bezerra Santos da Silva. -
2023.
130 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado) - Centro Universitário Christus -
Unichristus, Mestrado em Ciências Odontológicas, Fortaleza, 2023.
Orientação: Profa. Dra. Anya Pimentel Fernandes Gomes
Vieira Meyer..
Área de concentração: Ciências Odontológicas.

1. Odontologia. 2. Paciente com deficiência. 3. Currículo. 4.
Ensino. 5. Pessoa com necessidades especiais.. I. Título.

CDD 617.6

NELSIMAR BEZERRA SANTOS DA SILVA

PERCEPÇÃO E DISPONIBILIDADE AO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM
NECESSIDADES ESPECIAIS POR GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro Universitário Christus como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área de concentração: Ciências Odontológicas. Linha de Pesquisa: Clínica Odontológica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof^a. Dr^a. Cristiane Sá Roriz Fonteles
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Lis Monteiro de Carvalho Guerra
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Dedico este trabalho aos estudantes de Odontologia, para que possa ser mais um incentivador do despertar do interesse em atender, acolher e valorizar os pacientes com necessidades especiais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me protege e dá, todos os dias, as graças que necessito para viver:

Fé para continuar acreditando na vida e N'Ele;

Saúde para poder viver a vida;

Sabedoria para escolher os melhores caminhos;

Coragem para executar as lutas que a vida exige.

A meus pais, Nelson Bezerra da Silva (em memória), que sempre acreditou em mim e na força dos estudos para mudar o mundo; e Maria Santos da Silva, cujo amor imensurável, embala-me continuamente.

À minha irmã, Guiomar Neta, carinhosamente Netinha (que há pouco tempo descobri que é autista), uma “criança grande”, verdadeira e muito companheira.

À minha orientadora, minha querida professora Anya Pimentel G. F. V. Meyer, tão grandiosa em sapiência e não tão menos em humildade e acolhimento. Foi um enorme prazer e um grande presente do Céu tê-la como minha orientadora.

Aos coordenadores, professores e funcionários das duas instituições em que executei minha pesquisa, pela paciência, acolhimento e total colaboração.

Às Professoras Doutoradas que participaram das minhas bancas de Qualificação, as dras. Isabella F. Carvalho e Janaína Rocha S. Almeida, e de Defesa, as dras. Cristiane Sá R. Fonteles e Liz Monteiro C. Guerra, respectivamente, cujos elogios, recomendações, críticas extremamente construtivas e soluções expostas só enriqueceram mais ainda este trabalho.

Aos graduandos das duas instituições, jovens que demonstraram, em sua maioria, muita boa vontade e disposição em participar desta pesquisa.

A todos meu muito obrigada.

“Para que a inclusão de pessoas com deficiência venha existir de fato, é preciso mudar a consciência e garantir a permanência das pessoas em todos os setores da sociedade. Todos somos capazes de algo, basta criarem metodologias e garantir as oportunidades.”

(Thiago Fernando de Queiroz, 1988, n.p.)

“Compaixão e Misericórdia não são dimensões religiosas, são dimensões humanas, porque os ateus também são misericordiosos, compassivos e solidários...”

(Padre Júlio Lancellotti)

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde avalia que existam mais de um bilhão de pessoas com deficiência em todo o mundo, significando isso algo em torno de 16% da população mundial. No Brasil, de acordo com o censo demográfico do ano de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de indivíduos que declararam ter alguma deficiência, quer seja auditiva, visual, física ou mental / intelectual, foi de cerca de 24%. Para a Odontologia, a pessoa com deficiência é chamada de Paciente com Necessidades Especiais (PNE), pois o conceito empregado pelo cirurgião-dentista leva em consideração as limitações apresentadas pelo paciente, quer sejam temporárias ou permanentes, de ordem física, sensorial, intelectual ou emocional, de crescimento ou sistêmica, que a impeçam de se submeter a um tratamento odontológico convencional. A maioria desses pacientes deve e pode ser atendida na Atenção Primária à Saúde e, portanto, por dentistas generalistas. No Brasil a assistência odontológica destes pacientes é uma das mais negligenciadas, tanto em nível ambulatorial, domiciliar ou hospitalar, podendo haver diversos fatores associados à “resistência” do odontólogo para atender um PNE, como a ausência de conhecimentos teóricos e de vivência clínica que proporcionem experiência e autoconfiança, requisitos que se enquadram na oportunidade que a graduação pode oferecer. O presente estudo objetivou conhecer a percepção de 105 estudantes do último semestre da graduação em Odontologia de duas instituições privadas de ensino superior (IES) no Município de Fortaleza, que tiveram ou não acesso à disciplina de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE), sobre se encontram-se preparados, capacitados e disponíveis ao atendimento do público-alvo PNE. A pesquisa se deu em duas etapas: a primeira foi um estudo descritivo-analítico, com aplicação de questionário semiestruturado, aplicado *in locu* ao universo dos alunos; para segunda etapa foram usados formulários específicos direcionados aos coordenadores de odontologia das duas instituições. Os resultados mostraram que os discentes entrevistados, com ou sem a disciplina de OPNE, entendem o que é ser um PNE e tiveram experiência em atender pacientes com estas características na graduação (89,52%). Foi observado que os alunos da IES1, que possui a disciplina de OPNE, atenderam em maior quantidade e em maior grau de complexidade ($p < 0,05$) os

diferentes tipos de PNE (Autismo, Paralisia Cerebral, Epilepsia, Deficientes mentais, Distúrbios psiquiátricos, Cardiopatas, Leucêmicos). Os graduandos da IES que possui a disciplina OPNE em sua estrutura curricular se auto afirmam mais preparados ($p < 0,001$) e disponíveis a atender estes pacientes do que os discentes da IES que não oferta a respectiva disciplina na sua estrutura curricular. Entre os sentimentos e percepções positivas despertados nos estudantes da IES em que cursaram a disciplina específica, os mais relevantes ($p < 0,05$) são alegria, compaixão, empatia, receptividade e carinho. Os graduandos das duas instituições, em sua maioria (81,9%) entendem que deve existir uma disciplina específica para PNE, de forma obrigatória, compondo as suas matrizes curriculares.

Palavras-Chave: Odontologia. Paciente com Deficiência. Currículo. Ensino. Pessoa com Necessidades Especiais.

ABSTRACT

The World Health Organization estimates that there are more than one billion people with disabilities around the world, meaning something around 16% of the world's population. In Brazil, according to the 2010 demographic census, carried out by the Brazilian Institute of Geography and Statistics, the population of people who declared having a disability, whether auditory, visual, physical or mental/intellectual, was around 24%. For Dentistry, the disabled person is called a Patient with Special Needs (PNE), since the concept used by the dentist takes into account the limitations presented by the patient, whether temporary or permanent, of a physical, sensorial, intellectual or emotional, growth or systemic, that prevent her from undergoing conventional dental treatment. Most of these patients should and can be seen in Primary Health Care and, therefore, by general dentists. In Brazil, dental care for these patients is one of the most neglected, whether at an outpatient, home or hospital level, and there may be several factors associated with the "resistance" of the dentist to assist a PNE, such as the lack of theoretical knowledge and clinical experience that provide experience and self-confidence, requirements that fit the opportunity that graduation can offer. The present study aimed to know the perception of 105 students in the last semester of graduation in Dentistry from two higher education institutions (HEIs) in the city of Fortaleza, who had or did not have access to the discipline of Dentistry for Patients with Special Needs, about whether they are prepared, trained and available to serve the PNE target audience. The research took place in two stages: the first was a descriptive-analytical study, with the application of a semi-structured questionnaire, applied in locu to the students universe; for the second stage, specific forms were, directed to the dentistry coordinators of the two institutions. The results showed that the interviewed students, with or without the OPNE discipline, understand what it is to be a PNE and had experience in treating patients with these characteristics in graduation (89.52%). It was observed that the students of IES, which has the discipline of OPNE, attended in greater quantity and in a greater degree of complexity ($p < 0.05$) the different types of PNE (Autism, Cerebral Palsy, Epilepsy, Mentally handicapped, Psychiatric disorders, Cardiopathies, Leukemias). IES undergraduates who have the OPNE subject in their curricular structure claim to be more prepared ($p < 0.001$) and available

to care for these patients than IES students, who do not offer the respective subject in their curricular structure. Among the positive feelings and perceptions aroused in HEI students who attended the specific discipline, the most relevant ($p < 0.05$) are joy, compassion, empathy, receptivity and affection. The majority of undergraduates from both institutions (81,9%) understand that there must be a specific discipline for PNE, on a mandatory basis, composing their curricular matrices.

Keywords: Dentistry. Patient with Disability. Curriculum. Teaching. Person with Special Needs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma da população e amostra final dos graduandos de duas IES, n=105	55
Quadro 1 – Estrutura curricular das IES 1 e IES 2, segundo relato dos coordenadores	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 – Relação entre variáveis sociodemográficas dos graduandos com duas IES, n=105, (Qui-quadrado, $p<0,05$)	57
Tabela 5.2 – Relação entre a variável “Percepção de dificuldade de acesso do PNE ao atendimento odontológico” com graduandos com duas IES, n= 105, (Qui-quadrado, $p<0,05$)	58
Tabela 5.3 – Relação entre a variável “Nível de conhecimento de PNE ao atendimento odontológico” com graduandos de duas IES, n=105, (Qui-quadrado, $p<0,05$)	59
Tabela 5.4 – Relação entre a variável “Atendimentos de patologias específicas na graduação” com graduandos de duas IES, n=105, (Qui-quadrado, $p<0,05$)	61
Tabela 5.5 – Relação entre a variável “Atendimentos de PNE quanto aos procedimentos realizados e necessidade de conhecimento” com graduandos de duas IES, n=105, (Qui-quadrado, $p<0,05$)	63
Tabela 5.6 – Relação entre a variável “Nível de conhecimento dos casos específicos de PNE” com graduandos de duas IES, n=105, (Qui-quadrado, $p<0,05$)	65
Tabela 5.7 – Relação entre a variável “Grau de aptidão diante da complexidade de casos específicos de PNE”, com graduandos de duas IES, n=105, (Qui-quadrado, $p<0,05$)	72
Tabela 5.8 – Relação entre a variável “Sentimentos e percepções em atender PNE”, com graduandos de duas IES, n=105, (Qui-quadrado, $p<0,05$)	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APS	Atenção Primária em Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CD	Cirurgião -Dentista
CE	Ceará
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CES	Câmara de Educação Superior
CF	Constituição Federal
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COVID 19	Doença causada por Coronavírus 19
dB	Decibéis
DCN	Diretrizes Nacionais Curriculares
DOU	Diário Oficial da União
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENADE	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FOB-USP	Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HO-UFU	Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia
Hz	Hertz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior

LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MEC	Ministério da Educação
MG	Miastenia Gravis
MS	Ministério da Saúde
NBR	Norma Brasileira
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPNE	Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais
PC	Paralisia Cerebral
PcD	Pessoa com Deficiência
PIA	Programa de Inversão da Atenção
PNE	Pacientes com Necessidades Especiais
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UNICHRISTUS	Centro Universitário Christus
USF	Unidade Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
SEPAE	Setor de Pacientes Especiais
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
WG	Washington Group on Disability Statistics

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1	Conceito de pessoa com deficiência (PcD).....	23
2.2	Epidemiologia das deficiências.....	26
2.3	As deficiências no Brasil.....	28
2.4	Causas das deficiências.....	30
2.5	A pessoa com deficiência e o paciente com necessidades especiais....	32
2.5.1	<i>Classificação das pessoas com necessidades especiais</i>	<i>33</i>
2.5.2	<i>Assistência odontológica ao PNE.....</i>	<i>33</i>
2.5.2.1	<i>Um breve relato das políticas públicas de saúde bucal no Brasil</i>	<i>34</i>
2.5.2.2	<i>Os serviços públicos de saúde bucal para o PNE</i>	<i>36</i>
2.6	A formação do cirurgião-dentista.....	40
2.7	O cirurgião-dentista e o PNE.....	43
3	OBJETIVOS.....	48
3.1	Objetivo geral	48
3.2	Objetivos específicos	48
4	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	49
4.1	Local e período do estudo.....	49
4.2	População e amostra do estudo.....	50
4.3	Critérios de inclusão e exclusão.....	51
4.4	Instrumentos de coleta de dados.....	51
4.5	Análise de dados.....	52
4.6	Aspectos éticos.....	52
4.6.1	<i>Riscos</i>	<i>52</i>
4.6.2	<i>Benefícios</i>	<i>53</i>
5	RESULTADOS	54
6	DISCUSSÃO	85
7	CONCLUSÃO.....	100
	REFERÊNCIAS.....	101
	APÊNDICES	114
	ANEXOS	128

1 INTRODUÇÃO

Paciente com necessidade especial (PNE), atualmente denominado como pessoa com deficiência (PcD), é conceituado como sendo o indivíduo que possui determinada condição ou limitação que necessita de atendimento diferenciado durante parte ou por toda a sua vida. Dessa forma, são pacientes que requerem dos profissionais de saúde, principalmente médicos e dentistas, conhecimentos sobre a sua condição, para que possa ser ofertado um tratamento humanizado, adequado e, por vezes, individualizado, de acordo com a necessidade de cada um deles (MORETTO et al., 2014). Cerca de 16% da população mundial é composta por pessoas que possuem alguma necessidade especial, ou seja, apresentam algum tipo de deficiência: visual, auditiva, motora, mental ou intelectual (BRASIL, 2023).

No Brasil, esta população é estimada em 23,9%, onde o maior percentual de pessoas, com pelo menos uma das deficiências investigadas, reside no Nordeste do país, representando 26,6% da população da região (AMARAL et al., 2011; JACOMINE et al., 2018). Levando-se em conta suas limitações física, sistêmicas e/ou mental, o PNE tende a apresentar, além do comprometimento sistêmico, agravos na saúde bucal, com maior risco a desenvolver cárie e doença periodontal como moléstias/enfermidades de maior incidência (NUNES et al., 2017; TRENTIN et al., 2017; SOLANKI et al., 2014). A dificuldade da higienização bucal, por vezes negligenciada pelo seu cuidador, assim como a dieta alimentar rotineiramente pastosa e rica em carboidratos, constituem-se fatores favoráveis ao acúmulo de placa bacteriana, propiciando o surgimento das referidas patologias bucais (MARRA; MIASATO, 2008). Esses fatores, associados entre si ou não, tornam o atendimento odontológico do PNE urgente e, por vezes, é necessário que o acompanhamento rotineiro de sua saúde bucal se dê em prazos inferiores a seis meses. Podem-se citar além das doenças limitantes já conhecidas, aquelas emergentes como a Síndrome Congênita do vírus Zika, que afeta os nascidos de mães infectadas durante a gestação, causando muitas complicações nos bebês que podem vir associadas ou não com o quadro de Microcefalia (SIQUEIRA et al., 2018; CAVALCANTI, 2017).

Apesar de se reconhecer a fragilidade da saúde bucal do PNE, uma parte desta população não possui acesso a tratamento odontológico. Além da dificuldade de encontrar dentistas capacitados neste atendimento, por vezes, a falta de recursos

financeiros impede o acesso desses pacientes de obter o atendimento especializado e culmina, em muitos casos, em pessoas mutiladas em sua dentição, já que a exodontia de um ou mais dentes é a solução mais rápida encontrada para resolver o problema bucal apresentado (QUEIROZ et al., 2014).

A Constituição Federal (CF) de 1988, batizada de “Constituição Cidadã”, apresenta princípios gerais de inclusão de pessoas com deficiência, onde afirma que deve haver a promoção do bem a todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor; e após a sua promulgação, complementares de aspectos educacionais, de incentivo ao emprego, de acessibilidade e saúde têm sido implementadas no país (BONATO et al., 2013).

A Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, ou como é mais conhecida, “Estatuto da Pessoa com Deficiência”, reitera o dever do Estado, da sociedade e da família, de assegurar com prioridade à pessoa com deficiência a efetivação do direito à vida, à saúde, à dignidade, ao respeito, entre outros direitos, que garantam o seu bem-estar pessoal, social e econômico. Esta lei é decorrente do asseguramento de direitos vindos da CF, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, e de outras leis e normas (BRASIL, 2015).

No âmbito da saúde bucal, surgiu um avanço para garantir o acesso ao serviço odontológico de maneira prioritária, a Resolução CFO n. 22, de 27 de dezembro de 2001, publicada no Diário Oficial da União (DOU), em 25 de janeiro de 2002, pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), a qual regulamentou a especialidade de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE), com o intuito de capacitar dentistas para o atendimento de pessoas que necessitam de cuidados odontológicos especiais durante parte ou toda a sua vida (CFO, 2001).

Assim, esta especialidade permite que o dentista adquira “sensibilidade social”, retirando-o da frieza dos métodos do tecnicismo, habilitando-o, então, a atender pessoas, respeitando limites e condições especiais para um atendimento integral (FONSECA et al., 2010). Apesar do disposto anterior, ainda é um grande desafio o atendimento odontológico destes pacientes para muitos dentistas, visto que são poucos os profissionais capacitados em atendê-los, tanto na rede pública quanto na rede particular (MARRA e MIASATO, 2008).

O ensino universitário é fruto de grandes transformações econômicas, políticas, culturais e sociais ocorridas ao longo da história contemporânea no mundo e no Brasil. Dessa forma, tornam-se necessárias adequações em termos

organizacionais de postura e conteúdo a este cenário, para contribuir com a formação de pessoas engajadas com a sociedade (LAGE et al., 2017).

A Terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal de 2004, em seu relatório final, afirma que o sistema de ensino superior não está cumprindo o seu papel na formação de profissionais de saúde bucal comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com o Controle Social, a fim de desenvolver uma compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal. O documento aponta como causa principal o modelo formador do país, que está separado e alienado da realidade socioepidemiológica brasileira, o qual não se compromete com as necessidades da população e ocorre, inclusive, com a conivência dos dirigentes e dos docentes da área (MS, 2005).

Esta afirmação corrobora com o estudo feito por Gomes et al, (2009), que avaliaram, entre outros objetivos, a percepção dos docentes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e do seu diretor administrativo, em relação à necessidade de inclusão de disciplina de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE). Tal estudo resultou na informação de que 75% dos questionados responderam não haver necessidade da inclusão da referida disciplina. Pode-se afirmar que os cursos de graduação em Odontologia enfrentam um grande desafio, que é mudar a formação de profissionais do modelo “odontocêntrico” (baseado apenas no diagnóstico, no tratamento e na recuperação de doenças), o que vem sendo executado há anos, ou seja, voltado estritamente para a clínica, para um modelo centrado na promoção de saúde, prevenção e cura de pessoas (FREITAS et al., 2012).

O ensino de graduação em Odontologia tem se valido de estratégias de ensino-aprendizagem baseadas em exposições orais e práticas e métodos de avaliação concentrados em provas tradicionais. Mudanças são necessárias na graduação do cirurgião-dentista, a fim de que seja possível formar profissionais generalistas, críticos e reflexivos, inseridos no contexto social, político e econômico da sociedade em que irão atuar, ou seja, além de preocupar-se dos interesses científicos ou didáticos, a formação em Odontologia deve pautar pela criação de profissionais comprometidos com o bem-estar da sociedade (DITTERICH et al., 2007; LAZZARIN et al., 2007).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), referindo-se à graduação em Odontologia, preveem no seu Artigo 3º que o formando egresso tenha visão generalista, humanística, crítica e reflexiva, de forma a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com rigor técnico e científico. Pautado em princípios éticos e legais, compreendendo a realidade social, cultural e econômica do núcleo em que está inserido, o profissional egresso do curso de Odontologia exercerá atividades referentes à saúde bucal da população, conduzindo seu proceder para a mudança da realidade em prol da sociedade (MEC, 2002).

As DCN estão alinhadas à Política Nacional de Saúde Bucal (2004) e ao que as Conferências Nacionais de Saúde Bucal vêm recomendando para o ensino odontológico e, por isso, todos os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem na área odontológica devem estar conscientes destas diretrizes, procurando segui-las inteiramente. Não é esperado que o dentista recém-formado necessariamente conheça os pormenores de cada especialidade, mas que tenha uma visão geral da Odontologia, com o perfil desenhado pelas DCN, portanto, que seja capaz de oferecer resolubilidade para a maioria dos casos, colaborando, assim, com a integralidade, que é um dos pilares do SUS (LAGE et al., 2017).

A Lei Federal n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, assegura que as Instituições de Ensino Superior (IES) possuam sua autonomia didático-científica (BRASIL, 1996). Assim, fica a critério da instituição ter ou não a disciplina de OPNE em sua estrutura curricular, pois as DCN não consideram esse um conteúdo essencial da graduação em Odontologia (PENHA et al., 2018). Entretanto, desde que a especialidade de OPNE foi reconhecida pelo CFO, nota-se um aumento no número dos cursos de graduação que a oferecem, apesar do número de faculdades que abordam este tema na sua matriz curricular ou na forma de projeto de extensão ainda ser inferior à necessidade da demanda no país (BONATO et al., 2013).

Bonato et al, (2013), pesquisaram 221 IES em todo o Brasil e apenas 27,86% delas ofereciam a referida disciplina. Martins et al (2018) pesquisaram a abordagem da disciplina de PNE nos currículos dos cursos de Odontologia no Nordeste do Brasil e verificaram que 44,7% das IES apresentavam esta disciplina, e destas, 91,1% ofereciam a disciplina de forma obrigatória e, especificamente, no Estado do Ceará, 55,5% das IES ofereciam a disciplina nas graduações. Em estudo recente, Cipriano et al. (2020), verificaram que das 57 IES públicas brasileiras

pesquisadas, 37% abordam a temática de PNE na forma de disciplina, 54% delas a ofertam na modalidade optativa e 46%, obrigatória.

Contudo, pouco se sabe se esta exposição ao atendimento de pacientes especiais durante a graduação se converte em maior disponibilidade e preparo para atendê-los após a formatura. Em relação à opinião dos alunos da graduação em acharem importante a inserção da disciplina de OPNE para torná-los mais capacitados, ou pelo menos mais sensibilizados ao atendimento deste público-alvo, seja na estrutura curricular ou mesmo com projetos de extensão, muitos são os trabalhos que certificam esta importância.

O estudo qualitativo feito por Ferreira et al. (2017), relatou que a maioria dos graduandos entrevistados modificou suas opiniões e sentimentos prévios sobre o que acreditavam ser uma pessoa com deficiência, acrescentando novos conhecimentos e sentimentos que fomentaram sua construção profissional. Segundo Santos e Hora (2012), as percepções que mais marcaram os estudantes em uma universidade do estado de Sergipe ao atenderem PNE foram, respectivamente, a vontade de ajudar (51,6%) e a vontade de estudar mais o paciente especial (49,4%). Em estudo feito por Barros e Cunha (2018), com 60 graduandos dos dois últimos semestres de Odontologia, identificou que esses, ao atenderem PNE, apontaram o medo de machucar, insegurança e medo de mordedura como principais dificuldades no atendimento, demonstrando a necessidade de maior conhecimento deste público-alvo.

Em uma pesquisa realizada por Jacomine et al. (2018), com 40 estudantes do último ano da graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP), 30% cursaram a disciplina de OPNE, que nesta universidade se deu de forma optativa, e perceberam que ela deveria ser obrigatória a todos os alunos devido à sua grande importância. Em compensação, a maior parte dos que não cursaram a referida disciplina foram de opinião que a mesma continuasse como optativa.

Contudo, ainda são escassos os estudos que avaliam o impacto da experiência de atendimento de pacientes com necessidades especiais, a disponibilidade deste atendimento e nível de conhecimento auto percebido sobre a temática em graduandos em Odontologia. Considerando todos os aspectos relacionados anteriormente, o presente estudo objetiva conhecer a percepção de estudantes do último semestre da graduação em Odontologia, que tiveram ou não

acesso à disciplina de OPNE, a fim de investigar a opinião destes em se acharem preparados e capacitados ao atendimento do público-alvo PNE. Adicionalmente, verificar-se-á a disponibilidade destes em atender paciente com necessidades especiais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceito de Pessoa com Deficiência (PcD)

Conceituar uma pessoa que tem uma deficiência não é aparentemente uma tarefa fácil, pois a cada fase da história surgem palavras para defini-la, de acordo com os valores vigentes do período histórico em que o mundo esteja passando, como afirma Sasaki (2013), que relata que a pessoa com deficiência já foi chamada por vários séculos de “inválido”, ou seja, pessoa sem valor. A partir do século 20, os termos foram se modificando, de acordo com a compreensão das sociedades das diversas épocas para “incapacitados”, depois “incapazes”, que seriam aqueles indivíduos incapazes de realizar alguma tarefa devido à deficiência que tinham.

Guedes (2012), afirma que o período após as primeira e segunda guerras mundiais foi um marco importante de ascensão, principalmente, para as pessoas com deficiência física, já que as referidas guerras mutilaram milhares de indivíduos, obrigando países da Europa e os Estados Unidos a criarem soluções de reintegração ao mercado de trabalho que diminuíssem os prejuízos econômicos, devido à incapacidade da mão de obra destas pessoas. Ainda segundo o autor, no período de 1960 a 1980, os termos evoluíram para “defeituoso”, “deficiente” e “excepcional”, este último, para caracterizar um indivíduo com deficiência intelectual.

A Organização das Nações Unidas (ONU), pressionada por entidades representantes de pessoas com deficiência, decretou o ano de 1981 como o “Ano Internacional da Pessoa Deficiente” e, então, mudou-se a descrição de “indivíduo” para “pessoa” e a deficiência passou a ser um adjetivo. Ademais, Sasaki (2013), ainda descreve que, mesmo este termo “pessoa deficiente” não agradava aos órgãos representantes das pessoas com deficiência, por informar que a pessoa inteira era deficiente, então, de 1988 a 1993, o termo foi alterado para “pessoas portadoras de deficiências”, e novamente modificou-se, em meados de 1993, para “pessoas portadoras de necessidades especiais”.

No ano de 2006, a ONU realizou a “Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com Deficiência”, sendo a primeira vez que a sociedade civil organizada seria ouvida para a

elaboração deste documento (RESENDE; VITAL, 2008). Ficou decidido, então, que o termo empregado seria “pessoa com deficiência” ou PcD, cuja a definição vem colocada no Artigo 1 do Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009, que promulga a respectiva Convenção e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007, com a seguinte redação:

Artigo 1 Propósito

O propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente.

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009).

Essa Convenção diz que a deficiência é resultante da combinação entre dois fatores: os impedimentos clínicos que estão nas pessoas (que podem ser físicos, intelectuais, sensoriais, entre outros) e as barreiras que estão ao seu redor (na arquitetura, nos meios de transporte, na comunicação e, sobretudo, nas atitudes das pessoas). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006), as deficiências podem ser parte ou expressão de uma determinada condição de saúde, sem necessariamente estar presente uma doença ou que a pessoa seja considerada doente.

A deficiência passa a ser vista como uma condição social que pode ser minimizada, conforme os cidadãos forem capazes de eliminar as barreiras que se interpõem na vivência com qualidade das pessoas. Visualiza-se, assim, uma mudança de paradigma de uma perspectiva médica e individual (modelo médico), na qual a deficiência estaria na pessoa para uma perspectiva social e estrutural (modelo social), em que a deficiência está na sociedade que não consegue acolher as diferentes formas de deficiência (MS, 2019).

No Brasil, o atendimento aos pacientes com deficiência, por muito tempo, se deu de forma rudimentar e ocorria, primordialmente, nas áreas da educação e da saúde, desenvolvido em instituições filantrópicas, sem proposta de participação comunitária, conduzido às margens do Estado e evoluindo, depois, para o atendimento de reabilitação, sem assumir, contudo, uma abordagem integradora desse processo e preservando, na maioria dos casos, uma postura assistencialista

(MS, 2017).

As constituições brasileiras sempre afirmaram direitos e garantias fundamentais, no entanto, ocorreram lacunas inegáveis quanto à aplicação prática (GUEDES, 2012). Entretanto, diferentemente das outras Cartas Magnas, a Constituição promulgada em 1988 criou vários dispositivos relacionados aos direitos das pessoas com deficiência, atribuindo, em seu art. 23, inciso II, ser responsabilidade da União, Estados e Municípios, a assistência à saúde, proteção e garantia de direitos.

O Brasil adotou as decisões da Convenção da ONU de 2006, através do Decreto Legislativo n. 186, de 2008, que aprovou "o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007" (BRASIL, 2008), nos termos do § 3º, art. 5º, da CF e, portanto, com equivalência de Emenda Constitucional, ratificada em 1º de agosto de 2008 e promulgada pelo Decreto n. 6.949/2009. Assim explicita o respectivo dispositivo constitucional:

§ 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004) (Vide ADIN 3392) (Vide Atos decorrentes do disposto no § 3º do art.5º da Constituição) (BRASIL, 1988).

Conforme citado no início deste capítulo, o Decreto n. 6.949/2009, em seu art. 1º, define a pessoa com deficiência e, no seu Artigo 9 Acessibilidade, estabelece a acessibilidade como ponto principal para a garantia dos direitos oferecidos às pessoas com deficiência (BRASIL, 2009). Conforme relatam Haddad et al (2016), o Brasil faz uma trajetória em que é dada maior atenção à formulação de políticas públicas que garantem autonomia e ampliação do acesso à saúde, educação e trabalho, melhorando a qualidade de vida das pessoas com deficiência.

Subsequentemente, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011, instituindo o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, mais popularmente chamado de "Plano Viver sem Limite", conforme especifica a Lei em comento, que se constitui em uma rede de cuidados à saúde da PcD no âmbito do SUS, estabelecendo diretrizes para o cuidado às pessoas que tenham qualquer deficiência, seja temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua. O referido plano criou

quatro eixos de atuação a saber: I- acesso à educação; II- inclusão social; III- acessibilidade; e IV- atenção à saúde.

De acordo com o supracitado decreto, o Plano Viver sem Limite deve ser executado pela União, em colaboração com Estados, o Distrito Federal, Municípios e a sociedade (BRASIL, 2011).

Para a Odontologia, a referida rede de cuidados se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todas as pessoas que tenham alguma deficiência, devendo ser iniciado na atenção básica, que referenciará para a atenção especializada, no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou atenção hospitalar (atendimento odontológico sob anestesia geral), quando se fizer necessário (BRASIL, 2012).

Muitos outros projetos de lei percorreram o Congresso Nacional sem alcançar senso comum e posterior aprovação. A Convenção da ONU de 2006 sempre foi uma grande inspiração para se chegar a leis que de fato garantissem autonomia, ampliação do acesso à saúde, à educação e ao trabalho, com o intuito de melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência.

E, finalmente, após incansáveis reuniões e discussões, em 06 de julho de 2015, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 13.146, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, ou simplesmente, “Lei Brasileira da Inclusão”. Criada para assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais das pessoas com deficiência, visa à sua inclusão social e cidadania. A referida lei ratifica o conceito de uma pessoa com deficiência, semelhantemente àquela feita pela Convenção da ONU de 2006 (FARIAS; SOARES JUNIOR, 2020).

2.2 Epidemiologia das deficiências

A OMS avalia que existam mais de um bilhão de pessoas com deficiência em todo o mundo, significando algo em torno de 16% da população mundial (OMS, 2012; BRASIL, 2023). No Brasil, de acordo com o censo demográfico do ano de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de pessoas que declararam ter alguma deficiência, quer seja auditiva, visual, física ou mental / intelectual, foi um total de 45.606.048 milhões ou cerca de 24% da população brasileira, sendo a deficiência visual a mais auto relatada, com

mais de 35 milhões de pessoas, seguida, em ordem decrescente, pelas deficiências física, com mais de 13 milhões, auditiva com mais de nove milhões e mental / intelectual, com dois milhões de brasileiros. Ainda, segundo a referida pesquisa, a maioria desta população, cerca de 83%, se concentra nas áreas urbanas do país (IBGE, 2010).

Algum tempo depois após à execução deste censo demográfico, o IBGE realizou uma releitura dos dados sobre os números da deficiência no Brasil, em relação às deficiências física, visual e auditiva, não se aplicando aos números da deficiência mental / intelectual, com o objetivo de incorporar as práticas internacionais, a fim de garantir a comparabilidade entre os países que produzem dados censitários sobre pessoas com deficiência, a partir do padrão utilizado pelo *The Washington Group on Disability Statistics* (WG), Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência, formado sob a Comissão de Estatística da ONU e composto por representantes de institutos oficiais de estatística e demais representantes da sociedade civil, buscando padronizar e harmonizar definições, conceitos e metodologias, para garantir a comparabilidade entre diferentes países (IBGE, 2018).

Desta forma, segundo o IBGE (2018), com o avanço das questões sobre o tema da deficiência e a recomendação do WG, houve a necessidade da releitura dos dados do censo de 2010, passando a considerar pessoas com deficiência apenas aquelas que responderam ter “muita dificuldade” ou “não consegue de modo algum”, em uma ou mais questões do tema apresentadas naquele questionário. Com este novo fator, o número da população com deficiência passaria de 45.606.048 para apenas 12.748.663 pessoas, cerca de 6,7% do total da população brasileira para o ano de 2010.

De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2021), o IBGE aproxima os dados relidos do censo de 2010 para a deficiência aos resultados apurados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), executada pelo IBGE em parceria com o MS, sob a coordenação da FIOCRUZ, no ano de 2013 (PNS 2013).

A PNS tem como objetivo primordial produzir dados de alcance nacional sobre a situação de saúde e estilos de vida da população brasileira, assim como, saber sobre a atenção à saúde, no que se refere ao acesso e uso dos serviços, às ações preventivas, à continuidade dos cuidados e ao financiamento da assistência à saúde, tendo o MS realizado duas edições desta pesquisa, uma no ano de 2013 e

uma no ano de 2019. A PNS 2019 revelou que, naquele ano, havia no Brasil 17,3 milhões de pessoas de dois anos ou mais de idade com deficiência em pelo menos uma de suas funções, correspondendo a 8,4% da população nesta faixa etária (FIOCRUZ, 2021).

A pesquisa mostrou, ainda, que cerca de 83% de pessoas (14,4 milhões) estariam nas áreas urbanas e a maioria seria composta por mulheres, cerca de 10,5 milhões. A região Nordeste foi apontada como aquela com maior percentual de pessoas com deficiência, cerca de 9,9%, com todos os nove estados da região com percentuais acima da média nacional, com maior destaque para o Estado de Sergipe, com cerca de 12,3% de pessoas com alguma deficiência (IBGE, 2020).

Ainda segundo a mencionada pesquisa, também alinhada aos parâmetros do WG, cerca de 3,4% da população com dois anos ou mais de idade declararam ter muita dificuldade ou não conseguir de modo algum enxergar, o equivalente a 6,978 milhões de brasileiros com deficiência visual, que atingia a 2,7% dos homens e a 4,0% das mulheres. De acordo com o IBGE (2020), as informações da PNS 2019 serão usadas para auxiliar na formulação de políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde do SUS.

2.3 As deficiências no Brasil

O Decreto n. 5.296, de 02 de dezembro de 2004, que regulamenta as Leis n-10.048/2000 e n-10.098/2000, estabelecendo normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, no seu art. 5º, § 1º, inc. I, classifica as pessoas segundo as deficiências por elas apresentadas em cinco categorias. Além destas, o inciso II do referido artigo, também considera a pessoa com mobilidade reduzida, que é a que não se enquadra em nenhuma outra deficiência, mas tem, por qualquer motivo, a dificuldade de se movimentar, seja permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da sua mobilidade, flexibilidade e coordenação motora. Segundo a referida lei (BRASIL, 2004), as deficiências estão assim divididas:

- a) **Deficiência Física:** definida como alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, que acometa a função física: são

- paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparésia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membros. Também se enquadram a paralisia cerebral, o nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida. A exceção é para os casos de deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;
- b) **Deficiência Auditiva:** quando ocorre a perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida em audiograma nas frequências de 500 Hertz (Hz), 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz;
 - c) **Deficiência Visual:** definida em duas variantes, a cegueira, quando a acuidade visual é igual ou inferior a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica e a baixa visão, quando a acuidade visual está entre 0,3 a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. Também se enquadram os casos em que o somatório da medida visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°, ou ainda, quando houver a ocorrência simultânea de qualquer das condições anteriores.
 - d) **Deficiência Mental:** se dá pelo funcionamento inferior à média, se manifestando antes dos 18 anos e com limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, a saber: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, uso dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e o trabalho.
 - e) **Deficiência Múltipla:** ocorre a associação de duas ou mais deficiências.

É importante salientar que a deficiência mental a qual se refere a classificação do Decreto Federal n. 5296/2004, na verdade, é a Deficiência Intelectual, que faz alusão ao aspecto cognitivo e não pode ser confundida com transtorno ou doença mental, além de que, a deficiência intelectual possui graus variados, dependendo das limitações no aprendizado e outras habilidades adaptativas (MAIOR, 2020).

A Paralisia Cerebral é considerada uma situação de Deficiência Múltipla, pois se deve a uma lesão cerebral adquirida, que pode afetar os movimentos, a visão, a audição e a função cognitiva, em diferentes associações. Em alguns indivíduos, ela pode permitir terem boa autonomia, mas, em outros, pode causar grande limitação, a ponto de necessitarem de cuidados permanentes, em todas as

áreas da sua vida, definitivamente (BRASIL, 2004).

Em 27 de dezembro de 2012, foi sancionada a Lei n. 12.764, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Seu texto afirma que, para todos os efeitos legais, o indivíduo com TEA é considerado uma pessoa com deficiência, pois pode apresentar deficiência significativa na comunicação e na interação social, variar desde não aprender a falar e ter uma deficiência intelectual intensa ou não ter deficiência intelectual e conviver em comunidade, seguindo suas próprias rotinas. Caracterizam-se por padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou sensoriais incomuns, além de excessiva adesão a rotinas e padrões de comportamentos ritualizados, como consta do inc. II, 1º, da referida lei (BRASIL, 2012).

2.4 Causas das deficiências

A deficiência é considerada uma consequência das condições de saúde e doença dos contextos dos ambientes físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à mesma e pela disponibilidade de serviços e legislação, como especificam Malta et al (2016), que perceberam que fatores econômicos, sociais, culturais, psicológicos, étnicos e de comportamentos, bem como fatores de risco à saúde, influenciam o surgimento de problemas de saúde na população; corroboram com estas reflexões Nogueira et al (2016), os quais afirmam que a compreensão deste fato é primordial para o aperfeiçoamento das políticas públicas, no intuito de propor medidas adequadas de prevenção, controle ou erradicação dos agravos à saúde.

Um fator que também deve ser considerado para o enfrentamento do adoecimento das pessoas é o envelhecimento da população no mundo, inclusive, aqui no Brasil, o qual está causando intensas alterações nas sociedades, impactando fortemente na área da saúde, como afirmam Malta et al (2016); Nogueira et al (2016), Barbosa et al (2018) e Girondi et al (2018), que em seus estudos populacionais, têm demonstrado que as principais deficiências relatadas (visual, física, auditiva e mental / intelectual) aumentam nas populações, a partir de 60 anos.

Para referendar estes achados, é importante citar que a PNS 2019,

pesquisando a população idosa, revelou que a faixa etária supracitada para aquele ano foi estimada em 34,4 milhões de pessoas e, também, constatou que quanto mais elevada a idade, maior a proporção de pessoas com limitações, variando de 5,3% para a faixa etária de 60 a 64 anos, crescendo para 18,5% para as pessoas a partir de 75 anos (IBGE, 2020).

O MS (2010), elege as principais causas das deficiências e como evitá-las:

- a) **Hereditárias ou congênitas:** surgem por questões genéticas (no feto). Podem ser evitadas, em parte, com exames pré-natais específicos (cariótipo e para outros erros inatos do metabolismo como fenilcetonúria, hemoglobina, hipertireoidismo congênito) e serviços de genética clínica para aconselhamento genético aos casais. Ainda dentro deste item, existem aquelas decorrentes da falta adequada de assistência às mulheres durante a gestação e o parto, as quais são evitáveis com investimento e melhoria da qualidade do pré-natal (consultas e exames laboratoriais), parto (natural, de risco e cesarianas) e pós-parto.
- b) **A Desnutrição:** acomete principalmente famílias de baixa renda, especialmente, crianças a partir do primeiro ano de idade. Pode ser evitável por meio de políticas públicas e empresariais de distribuição de renda, criação de emprego e melhoria das condições gerais de vida da população.
- c) **As que são consequências de doenças transmissíveis:** doenças como a rubéola, o sarampo, a paralisia infantil, as doenças sexualmente transmissíveis (DST), a exemplo da sífilis na gestante, são evitáveis por ações de proteção e promoção à saúde, como informação, vacinação e exames pré-natais.
- d) **As doenças e eventos crônicos:** são exemplos a hipertensão arterial, o diabetes, o infarto, o acidente vascular-cerebral (AVC), a doença de Alzheimer, o câncer e a osteoporose, que podem, em parte, ser evitáveis pela mudança dos hábitos alimentares e de vida, diagnóstico precoce e tratamento adequado.
- e) **As perturbações psiquiátricas:** que podem levar a pessoa a viver situações de risco pessoal, podem, em parte, ser evitáveis por meio da proteção à

infância, do diagnóstico precoce, da assistência multiprofissional e do uso de medicamentos apropriados.

- f) **Traumas e lesões:** por vezes associados ao abuso de álcool e às drogas, principalmente, nos centros urbanos, onde são crescentes os índices de violência e de acidentes de trânsito, podem ser evitáveis pelas políticas públicas integradas e multisetoriais para a redução da violência, melhoria das condições gerais de vida (habitação, escolaridade, oportunidades, esporte, arte e lazer) e de mudanças de hábitos da população.

Torna-se, então, imprescindível, conhecer o perfil das causas de adoecimento das populações, para que se possam ter subsídios para o planejamento das políticas públicas para melhor atendimento das necessidades de saúde das mesmas.

2.5 A pessoa com deficiência e o paciente com necessidades especiais

O CFO, no que se refere à Odontologia, ainda admite que o termo que designe uma PcD seja “Paciente com Necessidades Especiais” ou PNE. Tal fato não implica uma abordagem diferenciada, pois o conceito empregado pelo cirurgião-dentista leva em consideração as limitações apresentadas pela pessoa, quer sejam temporárias ou permanentes, de ordem física, sensorial, intelectual ou emocional, de crescimento ou sistêmica (diabetes, hipertensão, entre outras), que a impeçam de se submeter a um tratamento odontológico convencional (CFO, 2009; 2011; CALDAS JR; MACHIAVELLI, 2013).

Este conceito é amplo e abrange entre os casos que requerem atenção diferenciada, aquelas deficiências definidas no Decreto n. 3.298, de 16 de dezembro de 1999 e 5.296/2004, a saber pessoas com deficiência visual, física, auditiva ou múltipla, que precisem ser submetidas à atenção odontológica especial (MS, 2008).

Para Sabbagh-Haddad (2007 apud Previtalli et al., 2012, p. 78), a maioria das pessoas que tem uma deficiência também possui alguma limitação que a impede de executar uma higiene bucal adequada, por exemplo, e isto implica na ajuda de familiares ou cuidadores que as auxiliem no cuidado bucal, reduzindo a sua vulnerabilidade aos problemas de saúde bucal.

2.5.1 *Classificação das pessoas com necessidades especiais*

Os motivos para as necessidades especiais são incontáveis e englobam desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, alterações que acontecem durante a vida, tais como moléstias sistêmicas, doenças crônicas como a hipertensão, o diabetes mellitus, o hipo e a hipertireoidismo, alterações comportamentais, envelhecimento, entre outros (GUEDES PINTO, 2004 *apud* SAMPAIO et al., 2004, p. 128; MS, 2008), por isso, não há um consenso de uma classificação única em que se possa referendar.

Diversos autores usam a classificação de Sabbagh-Haddad e Magalhães, 2007 *apud* (GUEDES PINTO, 2011, p.969; PREVITTALLI et al., 2012, p.78; ANDRADE; ELEUTÉIO, 2015, p.66; SPEZZIA; BERTOLINI, 2017, p86) por ser de fácil didática e, segundo esta classificação, os PNE se dividem em nove grupos:

- a) **Deficiência física:** aqueles que têm sequelas de paralisia cerebral, acidente vascular encefálico (AVE), miastenia gravis (MG) e lesão medular.
- b) **Deficiência mental:** aqueles com comprometimento mental, por fatores pré-natais, perinatais e pós-natais, por origem genética, ambiental ou de causa desconhecida;
- c) **Distúrbios comportamentais:** aqui se enquadram os casos de TEA (Autismo), bulimia, anorexia, entre outros;
- d) **Distúrbios sensoriais e de comunicação:** deficiências auditiva, visual e de fala;
- e) **Transtornos psiquiátricos:** depressão, esquizofrenia, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), ansiedade, entre outros;
- f) **Anomalias congênitas:** malformações, deformidades, síndromes malformativas, como a Síndrome de Down;
- g) **Doenças infectocontagiosas:** pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) positivos, hepatites virais, tuberculose, entre outras;
- h) **Doenças sistêmicas crônicas:** diabetes mellitus, cardiopatias, doenças hematológicas, transtornos convulsivos, insuficiência renal crônica.
- i) **Condições sistêmicas:** pacientes irradiados em região de cabeça e pescoço,

transplantados, imunossuprimidos por medicamentos e gestantes.

É importante salientar que, apesar de um grande número de pessoas com deficiência estar incluído no grupo de PNE, esta condição não implica, fundamentalmente, a necessidade do atendimento especializado em Odontologia, pois deverão ser levados em conta o tipo e o grau de limitações vivenciadas pelo paciente (BRASIL, 2019).

2.5.2 *A assistência odontológica ao PNE*

2.5.2.1 Um breve relato das políticas públicas de saúde bucal no Brasil

As políticas públicas de saúde no Brasil tiveram seu desenvolvimento atrelado à evolução político-social e econômica da sociedade e, no decorrer do tempo, o Estado passou a controlar essas ações, intensificando-se na primeira metade do século XX, como afirmam Silvestre et al (2013), com o crescimento das políticas de saúde bucal acompanhando a evolução da saúde pública, porém, com ações excludentes e individuais.

As ações de saúde bucal eram, inicialmente, oferecidas de forma paralela ao processo de organização dos demais serviços de saúde. Modelos assistenciais de saúde bucal pautados na lógica de atendimento individual, como Odontologia Sanitária e Sistema Incremental, Odontologia Simplificada e Odontologia Integral e o Programa Inversão da Atenção (PIA), foram programas de baixa resolutividade, sendo incapazes de resolver os principais problemas bucais da população (MS, 2008).

O acesso aos poucos serviços ofertados pela rede pública era difícil e limitado, restringindo-se, majoritariamente, a exodontias, o que perpetuava a face mutiladora da Odontologia, enquanto o cirurgião-dentista era tido como aquele que apenas executava a clínica, sem interação com o paciente, como relatam (SPEZZIA et al., 2015).

Diversos programas odontológicos, centralizados e verticais, tinham como público-alvo apenas os estudantes e trabalhadores inscritos na então previdência social, que também tinham grande limitação na resolução das questões de saúde bucal da população como um todo (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

Nesse contexto, o SUS foi criado pela CF de 1988, preconizando os princípios constitucionais daquela Carta Magna a saber, a Universalidade, a Integralidade e a Equidade e implicando, finalmente, no reconhecimento da saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral, reconhecendo o Estado ser um direito de todos e chamando para si este dever. Entende-se, nesse liame, que este foi um marco para a saúde bucal, pois foi o início da oferta de cuidados regulares e em grande escala na rede pública (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Após anos de políticas públicas que priorizavam a atenção hospitalar e em que os recursos federais eram repassados a estados e municípios, baseados, em sua maioria, em produção de serviços individuais e na capacidade instalada, finalmente, o governo federal se volta para a atenção primária ou atenção básica (AB), cuja maior expressão foi a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), no ano de 1994. A partir de então, os recursos seriam calculados levando-se em conta o número de habitantes e incentivos específicos (ESCOREL et al., 2007).

A Portaria nº 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000, que “estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família” (BRASIL, MS, 2000), insere o cirurgião-dentista na ESF, criando-se a equipe de saúde bucal (ESB), formada por cirurgião-dentista, auxiliar e ou técnico de saúde bucal, representando, assim, um maior impulso à oferta de assistência odontológica na rede pública (FRAZÃO; NARVAI, 2009; SPEZZIA et al., 2015).

Com a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), ou simplesmente Programa “Brasil Sorridente”, como ficou conhecido, lançado no Brasil ano de 2004, pelo Ministério da Saúde, por determinação do então presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, a atenção odontológica ganhou maior espaço no cenário governamental. O referido programa adota uma série de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, visando aumentar o acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do SUS e de forma integral, resgatando assim, a cidadania da população brasileira.

Como principais linhas de ação, o Brasil Sorridente traz consigo a reorganização da atenção básica em saúde bucal, muito pela implantação da ESB e as ampliação e qualificação da atenção especializada (principalmente, com a implantação dos CEOs e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), crescendo, assim, a oferta de atendimentos especializados em endodontia, prótese

e radiologia, sem custos diretos aos pacientes (BRASIL, 2003; FRAZÃO; NARVAI, 2009; MS, 2012).

O Brasil saiu de um vergonhoso estigma de “país de banguelas”, devido ao caráter mutilador que se perpetuava até o fim do século XX, para a redução visível da doença cárie, devido à forte expansão da cobertura de saúde bucal na AB e dos serviços odontológicos especializados (CHAVES et al., 2017).

A inclusão da saúde bucal na atenção primária de saúde e a manutenção da fluoretação das águas de abastecimento público foram consideradas estratégias valorosas para a redução da cárie, tendo sido reconhecido mundialmente como um grande exemplo de políticas públicas de saúde bucal entre os países em desenvolvimento (SINGH, 2010).

Passados dez anos do lançamento do programa, o governo federal já havia contabilizado mais de mil CEOs e cerca de 23.100 equipes de saúde bucal. Resultou em um investimento de R\$ 7 (sete) bilhões de reais, em parceria com estados e municípios, ampliando o acesso da população ao tratamento odontológico, desde a infância à fase adulta (BRASIL, 2014).

Recentemente, mais precisamente na data de oito de maio de 2023, eleito pela terceira vez presidente do Brasil, Luis Inácio Lula da Silva sancionou o Projeto de Lei nº 8131/2017, o Projeto Brasil Sorridente. O referido projeto altera a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 ou Lei Orgânica da Saúde, transformando de uma vez por todas o Brasil Sorridente em política de Estado, que passa a integrar o SUS definitivamente, o que garantirá o atendimento universal e permanente. O governo federal quer criar ainda no ano de 2023, cerca de 3,7 mil novas equipes de saúde bucal, contabilizando no país um total de 33,3 mil equipes, oferecendo o atendimento odontológico a cerca de 111 milhões de brasileiros e a estimativa até o fim do mandato presidencial, em 2026, é elevar este número para 59,7 mil equipes de saúde bucal em todo o território brasileiro (BRASIL, 2023).

2.5.2.2 Os serviços públicos de saúde bucal para o PNE

Em relação à ampliação do acesso do atendimento, as diretrizes do “Brasil Sorridente” propõem duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos programas integrais de saúde:

- a) Por linhas de cuidado: aqui se reconhece as especificidades inerentes da idade, trabalhando-as como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso;
- b) Por condição de vida: compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, PNE, hipertensos, diabéticos, entre outros (BRASIL, 2004).

De acordo com as diretrizes do respectivo programa, esta ampliação do acesso tem o objetivo de superar o modelo biomédico, até então vigente, de atenção às doenças, para direcionar a atenção ao ser humano, ao indivíduo e às famílias. (MS, 2004).

Especificamente, a assistência em saúde odontológica, por condição de vida para o PNE, preconiza que os serviços sejam organizados e orientados para oferecer atendimento prioritário, integral e resolutivo na atenção básica, atuando esta como uma porta de entrada ao tratamento do PNE. Esta organização da atenção deve ser de tal forma que haja Unidades de Referência Especializadas e Hospitalar para os casos de maior complexidade e para aqueles que necessitem de uso de anestesia geral, para que possam ter seus problemas odontológicos solucionados (MS, 2004).

As Unidades de Referência Especializadas se constituem nos Centros de Especialidades Odontológicas ou CEOs, no âmbito do SUS e devem realizar, no mínimo, as seguintes atividades:

- a) Diagnóstico bucal, enfatizando o diagnóstico e detecção do câncer bucal;
- b) Periodontia especializada;
- c) Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- d) Endodontia;
- e) Atendimento a portadores de necessidades especiais.

Assim, os CEOs são estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro

Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e são classificados como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade em Odontologia (BRASIL, 2006).

Estas questões são reiteradas no documento do Ministério da Saúde lançado no ano de 2018 e intitulado “A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde”, que é a junção redefinida e atualizada do Caderno de Atenção Básica nº 17 de Saúde Bucal do ano de 2006 e o Manual de Especialidades em Saúde Bucal do ano de 2008. O referido documento recomenda que se busque ativamente conhecer a realidade destes pacientes e de suas famílias, pois, acredita-se, que a prioridade de seus atendimentos, a educação em saúde do paciente e de seus cuidadores, quando se fizer necessário, cria condições para o sucesso do tratamento. Torna-se necessário o sistema de contra referência do sistema, para que o PNE retorne à AB, a fim de ser monitorado na manutenção da sua saúde bucal, no controle da sua dieta e acompanhamento no seu território domiciliar (MS, 2018).

O Brasil é um país com uma das melhores legislações no mundo direcionadas aos direitos das PcD, por exemplo, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, que trata da capacitação de equipes da AB e a qualificação dos CEOs, no entanto, a concretização destes direitos é insuficiente para atender a demanda das necessidades gerais e, neste sentido, da saúde bucal do PNE. A ausência de fiscalização e punições causa na população uma percepção de que as leis são ineficientes e a impunidade é uma realidade, demonstrando, assim, a falta de interesse por parte do poder público e das empresas privadas em fazer cumprir o que determinam as leis (PEREIRA; SARAIVA, 2017).

Diversos fatores podem interferir na qualidade de vida do PNE, no contexto da sua saúde bucal e no acesso à assistência odontológica, podendo estar representados pelas muitas barreiras encontradas pelo PNE, a saber: condições socioeconômicas dos usuários, dificuldades de transportes, distâncias geográficas, barreiras arquitetônicas, a ausência de informações sobre a existência do serviço odontológico e sobre o cuidado do PNE pelos seus responsáveis, a falta de capacitação dos profissionais em atender o PNE, a falta de acolhimento pelo serviço de saúde, entre outros, que podem interferir diretamente na oferta do serviço odontológico e no recebimento deste atendimento pelo paciente (LAWRENCE et al., 2014; SPEZZIA; BERTOLINI, 2017; JORGE et al., 2017).

Corroborando com estas afirmações uma pesquisa feita por Queiroz et al.

(2014), que evidenciou, na perspectiva dos pais/cuidadores, o menor custo dos tratamentos e o maior número de profissionais e centros habilitados como facilitadores da manutenção da saúde bucal dos PNE.

Importante compreender que o PNE não constitui um grupo único, devido às várias necessidades que esses indivíduos possam apresentar no que se refere à sua saúde. Cada grupo, especificamente, vai expor uma peculiaridade ou muitas, de acordo com a sua doença de base ou limitação, podendo, também, estes indivíduos, estarem propensos a adquirir um quadro infeccioso e outros problemas, incluindo as doenças bucais mais prevalentes, como a cárie e a doença periodontal (FREIRE, 2011).

Ao analisar o perfil de 137 prontuários de PNE, Menezes et al. (2011), averiguaram que 61,3% dos pacientes apresentaram a cárie como principal doença bucal e a maior parte destes pacientes tinha atraso de desenvolvimento neuromotor, que pode estar vinculada à higienização deficiente ou inexistente. Piniel al (2016), acrescentam que a limitação de alguns PNE de manter uma adequada higiene bucal, somada às dieta cariogênica, alterações oclusais, respiração bucal e efeitos de medicamentos e outros fatores etiológicos são determinantes da má condição de saúde bucal, causando cáries e gengivites.

Segundo Condessa et al. (2014), o PNE deveria ter prioridade de atendimento por parte dos serviços públicos de saúde, dispendo de adequação física e capacitação dos profissionais de saúde para receber, acolher de forma universal e equitativa todos estes usuários, principalmente, aqueles de maior vulnerabilidade social.

Gironi e Santos (2011), preconizam que as leis que regem os direitos das pessoas com deficiência devem ser bem implementadas e fiscalizadas para que as ações previnam as deficiências e facilitem a acessibilidade, possibilitando a verdadeira inclusão social do PNE. A maioria dos pacientes com necessidades especiais devem e podem ser atendidos na AB e, portanto, por dentistas generalistas, ficando os casos mais complexos encaminhados para o atendimento especializado, no entanto, não é o que se observa na prática diária dos serviços públicos de saúde.

Segundo pesquisa realizada por Lawrence et al. (2014), com 44 dentistas generalistas de 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Fortaleza, revelou que, apesar do alto índice de atendimento, cerca de 70,4% dos profissionais

relataram ter executado apenas exame clínico e o tratamento “possível”, descrito por eles como profilaxia e aplicação tópica de flúor, em sua maioria, quase não foram relatados tratamentos restauradores, periodontais ou exodontias. Destes profissionais, apenas 20% receberam alguma capacitação para o atendimento de PNE e cerca de 90% encaminharam pacientes para o serviço especializado do CEO, por não se sentirem seguros para o atendimento. Os referidos autores acreditam que esta insegurança por parte dos profissionais decorre da deficiência dos currículos dos cursos de graduação em odontologia, que não preparam o acadêmico para o atendimento do PNE.

Resultados semelhantes foram obtidos por Condessa et al. (2014), em que 69,9% dos atendimentos do CEO foram feitos em gestantes e bebês sem nenhuma limitação apresentada por eles, causando, assim, o preenchimento das agendas com casos que podiam ser perfeitamente resolvidos na AB, ao invés de atenderem PNE mais complexos, que precisam de atendimento mais especializado. Estes autores entendem que isto pode sugerir a falta de preparo dos dentistas da ESF em lidar com esses problemas ou a falta de organização daquela rede de atenção primária.

Em pesquisa realizada com 15 dentistas da AB de um município do Estado do Rio Grande do Norte, Macedo et al. (2018), observaram que a totalidade dos cirurgiões-dentistas (CD) já haviam atendido PNE nas suas unidades. No entanto, em se tratando da natureza deste atendimento, mais uma vez, o exame clínico e o tratamento “possível” foram os mais executados por cerca de 86,7% dos CD. Os referidos autores relatam ainda, que a maioria dos CD da pesquisa, cerca de 73,3%, responderam que seria necessário participar de uma capacitação e/ou aperfeiçoamento para o atendimento de PNE, sendo mister a necessidade do preparo dos profissionais no atendimento ao PNE pela graduação em odontologia.

2.6 A formação do cirurgião-dentista

Os profissionais da área de saúde no Brasil, por muitos anos, tiveram sua formação influenciada pelo modelo flexneriano. Conhecido como “Relatório Flexner”, lançado em 1910, nos Estados Unidos, por Abraham Flexner, pesquisador social e educador americano, este modelo preconizava que as escolas médicas deveriam

formar superespecialistas, com excelente qualidade técnica. Centrado na doença e não no ser humano, transformava problemas de origem social em problemas cuja solução era apenas técnica. Por muito tempo, o ensino odontológico sofreu influência deste modelo que se baseava na separação da docência, da prestação de serviços e da pesquisa científica; incentivava as especialidades odontológicas com foco na difusão de tecnologias sofisticadas e na pesquisa biológica e, por último e não menos importante, ditava a relação entre aluno e professor, se configurando numa relação vertical, autoritária e paternalista (PELISSARI et al., 2005; ALMEIDA FILHO, 2010; CAVACA et al., 2010; FAÉ et al., 2016).

Seguindo a lógica flexneriana, vigente no modelo educador brasileiro, apenas e tão somente, a doença cárie dentária sempre foi o objeto em que se fundamentava a formação profissional, a organização de práticas e tecnologias para combatê-la, transformando o ato odontológico em mercadoria passível de compra e venda e, de acordo com o grau de sequelas na boca, resultaria em procedimentos mais especializados e complexos, resultando em maior remuneração para o profissional especializado (PELISSARI et al., 2005).

Em 1996, foi publicada a Lei de Diretrizes e Bases n. 9394, ou simplesmente LDB-9394/96, que trouxe importantes modificações para a educação brasileira. A referida lei promoveu uma reforma universitária que estabelecia novas condições para a organização institucional, para a autonomia acadêmica, para o compromisso social do ensino, para a flexibilização curricular e para a avaliação das condições dos cursos de graduação (CAVALCANTI et al., 2010). Constatou-se que, com a inserção dos dentistas na ESF, o perfil de formação dos cursos de Odontologia ainda não estava suficientemente afinado para o trabalho na perspectiva da saúde como produto social e para o cuidado integral equânime, que são princípios fundamentais do SUS (PELISSARI et al., 2005).

Neste contexto de mudança da formação do perfil do profissional em Odontologia, são aprovadas e implantadas, no ano de 2002, as novas DCN para os cursos de graduação em Odontologia, através da Resolução CNE/CES n. 03, de 19 de fevereiro de 2002. O perfil proposto pelas DCN para o egresso de Odontologia se caracteriza por ser generalista, humanista, crítico e reflexivo, com capacidade para atuar em todos os níveis de atenção com rigor técnico e científico, tendo, ainda, a capacidade resolutiva dos problemas de saúde bucal da população, seguindo princípios éticos e legais, a partir da compreensão da realidade social, econômica e

cultural, objetivando o benefício da sociedade (MEC, 2002).

Assim, as DCN causam uma mudança do modelo tradicional centralizado na doença para focalizar o ser humano, formando um profissional crítico, capaz de “aprender a aprender”, trabalhando em equipe, levando em conta a realidade social ao seu redor (HADDAD et al., 2010). O estabelecimento das DCN para a graduação em Odontologia, numa síntese, causa uma ruptura na concepção da Odontologia como mercadoria de compra, pois passa a orientar a necessidade de introduzir, através dos projetos pedagógicos, questões que envolvam os princípios do SUS e a sua inserção no modelo de atenção (FONSECA, 2012).

AS DCN recomendam, para o egresso em Odontologia, as seguintes habilidades e competências:

- a) **Atenção à saúde:** analisar criticamente os problemas da sociedade e buscar soluções;
- b) **Tomada de decisões:** para que se use, de forma apropriada, com eficácia e custo-efetividade, os recursos, com condutas baseadas no conhecimento científico;
- c) **Comunicação:** desenvolver interação com demais profissionais e com a população;
- d) **Liderança:** de forma a atuar em equipe multiprofissional;
- e) **Administração e gerenciamento:** ter iniciativa e senso de empreender nas equipes de saúde;
- f) **Educação permanente:** aprender a aprender continuamente.

Estas são características imprescindíveis, segundo as DCN, que devem compor o perfil profissional generalista em Odontologia (MEC, 2002).

A formação deste novo CD, com capacidade resolutiva e de tomada de decisões, passa, também, pelo tipo de formação recebida pelo profissional na graduação (LAZZARIN et al., 2010; GALVÃO et al., 2022). Entendem estes autores que o corpo docente, primeiramente, deve buscar para si a reflexão do conceito ampliado de saúde, dos principais problemas de saúde pública do país, do trabalho integrado e multidisciplinar, para, em segundo plano, poder atuar como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem, superando o tradicional papel de mero repassador de conteúdos e indo além do tecnicismo biológico da

profissão (LAZZARIN et al., 2010).

Ademais, Galvão et al. (2022), concluem que é imperativo ampliar os espaços de formação do professor de Odontologia para além dos programas de pós-graduação, como também, promover ou provocar nestes indivíduos, a sua responsabilização, pela vivência de processos formativos em que a formação é compreendida de forma ampla, a partir de diferentes concepções.

2.7 O cirurgião-dentista e o PNE

Se para a população em geral faz-se necessário um CD mais humanizado, para o atendimento odontológico do PNE é primordial esta condição. Figueiredo (2010), afirma que a prestação de cuidados odontológicos destes pacientes requer um profissional com paciência, empatia e alto grau de conhecimento e habilidades, pois, geralmente, o tratamento proposto é individualizado, com abordagem diferenciada, a fim de conquistar a confiança do PNE.

De acordo com Pereira et al. (2010), os procedimentos odontológicos executados no PNE não são diferentes tecnicamente dos realizados em qualquer outra pessoa, porém, o que difere é a compreensão das dificuldades que envolvem o tratamento. Os referidos autores enfatizam que, atualmente, existem manuais que direcionam o atendimento, segundo cada necessidade e o que deve ser executado neste atendimento.

Moretto et al. (2014), entendem que o profissional em Odontologia envolvido no atendimento de PNE deverá receber um treinamento prévio e específico, no intuito de superar as dificuldades envolvidas no atendimento daquele indivíduo, inclusive, no que concerne ao conhecimento das dificuldades motoras, de comunicação e das limitações físicas, por exemplo.

O Brasil é um dos países membros da ONU que possuem legislação para pessoas com deficiência, no entanto, a assistência odontológica destes pacientes neste país é a mais negligenciada, seja em nível ambulatorial, domiciliar ou hospitalar. O PNE tem muitas demandas em saúde que envolvem outras especialidades como Fisioterapia, Fonoaudiologia, dentre outras e, portanto, a saúde bucal fica em segundo plano, sendo procurada, em muitos casos, apenas em situações pontuais ou uma urgência (CFO, 2019).

No contexto de melhorar a capacitação do dentista no atendimento ao PNE, o CFO estabeleceu a especialidade em OPNE, pela Resolução CFO n. 22/2001. Segundo o exposto no art. 31 da referida Resolução, é uma especialidade com objetivo de diagnosticar, prevenir, tratar e controlar os problemas de saúde bucal dos pacientes que apresentarem uma complexidade no seu sistema biológico, psicológico ou social, além de perceber e atuar dentro de uma estrutura transdisciplinar com outros profissionais de saúde e de áreas correlatas as quais os pacientes estejam envolvidos (CFO, 2001).

Atualmente, existem no Brasil 374.616 dentistas inscritos no CFO, porém, apenas 779 especialistas em Odontologia para PNE. Ainda é um número insuficiente para atender a demanda de pacientes necessitados de cuidados odontológicos, tanto na rede pública, representada pelos CEO, quanto na rede particular (CFO, 2019; 2022).

Pode-se observar o reduzido número de especialistas, em detrimento da grande necessidade de atendimento por parte do público de PNE. Diversos fatores podem estar associados ao profissional em odontologia colocar “resistência” para atender um PNE, entre eles, a reduzida capacitação ou ausência, pois existe um déficit de qualificação profissional, com limitações tanto na graduação como na pós-graduação, gerando profissionais despreparados e desinteressados. Ademais, é possível citar locais de atendimento pouco acessíveis, que geram ônus aos pacientes para a locomoção e a falta de cooperação na manutenção da saúde bucal do PNE, tanto das instituições acolhedoras quanto dos pais e/ou cuidadores do PNE. Por fim, não se pode esquecer a complexidade do atendimento que pode, por vezes, limitar sua realização de forma ambulatorial no consultório odontológico e/ou comprometer a remuneração adequada do profissional. O grau de severidade da limitação ou necessidade do paciente pode demandar cuidados específicos e tempo adicional de atendimento pelo CD, contudo, a forma de remuneração deste diferencial não é clara e pode, por consequência, ser causadora de prejuízos financeiros ao profissional (WALDMAN et al., 1998; SPEZZIA; BERTOLINI, 2017).

De acordo com Cancino et al. (2005), a grande proporção de profissionais não habilitados em PNE reside na ausência de conhecimentos teóricos e de vivência clínica que proporcionem experiência e autoconfiança, requisitos que se enquadram na oportunidade que somente a graduação poderá oferecer, formando um profissional livre de preconceitos e capaz de enfrentar as próprias

limitações, opinião corroborada por Barros et al. (2013), que também afirmam que a falta de contato com este conhecimento sobre PNE na graduação faz com que o profissional egresso demonstre desinteresse em buscar a capacitação pela especialização.

Autores defendem a importância de uma disciplina específica para o tema de PNE na formação do graduando em Odontologia como estimuladora de uma nova percepção mais humanista e inclusiva do acadêmico e, por vezes, norteadora do futuro profissional do egresso (SANTOS; HORA, 2012; MACEDO et al., 2018; SILVA; GOES, 2021). A disponibilidade de o aluno trabalhar com PNE desde a graduação dá-lhe oportunidade de desenvolver sensibilização, boa vontade e formação técnica necessárias para inserir profissionais mais maduros e seguros no mercado de trabalho (FERREIRA et al., 2017).

De acordo com a já citada LDB, art. 53, é assegurada às IES a autonomia didático-científica e, neste sentido, a IES pode estabelecer a programação curricular de cada curso. No entanto, a Resolução CNE/CES n. 03/2002, determina, no art. 6º, os conteúdos essenciais a serem vistos no curso de graduação em Odontologia. Neste contexto, a disciplina de OPNE não é mencionada como um conteúdo essencial a ser abordado, cabendo a cada IES, particularmente, oferecê-la ou não em sua matriz curricular (BRASIL, 2002).

Apesar da grande importância de ter uma disciplina de PNE nos currículos das instituições, os estudos mostram realidades divergentes. Das IES em Odontologia espalhadas pelo país, algumas ofertam a disciplina e outras não e, quando a ofertam, pode ser obrigatória ou optativa e, nesta segunda modalidade, o aluno participa da disciplina se quiser, podendo ser aulas teórico-clínicas ou exclusivamente teóricas (FASSINA 2005; CANCINO et al., 2005). Por vezes, a razão das IES não oferecerem a disciplina de PNE em suas matrizes curriculares reside no fato de que os docentes não acham necessário incluir este assunto a ser estudado e praticado (GOMES et al., 2009).

Ademais, Gomes et al. (2009), pesquisaram sobre a presença ou não de uma disciplina de PNE nas matrizes curriculares de IES que tiveram nota A e B, segundo o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), que verifica a qualidade do ensino superior em diversas IES e observaram que 62% não possuíam a disciplina específica para o PNE.

Em um estudo para verificar se a disciplina voltada para PNE estava

sendo ofertada nas IES do Nordeste do Brasil, Martins et al. (2018), verificaram que, até 2018, ano em que a pesquisa foi realizada, menos da metade das IES nordestinas tinham uma disciplina específica para o PNE, porém, a maioria a oferecia de modo obrigatório. Em estudo semelhante, agora com as IES públicas do país, Cipriano et al. (2020), observaram que 100% das IES das regiões Norte e Centro-Oeste ofertam a disciplina para PNE, sendo que nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, 55%, 71% e 50%, respectivamente, a ofertam em seus currículos. Resultados semelhantes foram corroborados por Lopes et al. (2021), ao pesquisarem a totalidade das IES do Sudeste brasileiro, tendo relatado que a maior parte das instituições ofereciam a disciplina para PNE em suas matrizes curriculares e que a maioria das IES particulares ofertavam a disciplina em caráter obrigatório.

É fato que a maioria dos PNE pode e deve ter seus problemas de saúde bucal resolvidos no âmbito da atenção primária, ou seja, ter resolutividade por um dentista generalista, seja na rede pública quanto na rede privada. Para isto, o profissional necessita estar e se sentir apto para atender o PNE, já que não existem dentistas especialistas em quantidade suficiente para a demanda alta de PNE sem atendimento odontológico. Nesse sentido, faz-se necessário capacitar este profissional, dando-lhe a oportunidade de vivenciar a experiência do atendimento do PNE logo na sua graduação.

Autores concordam com a importância da inclusão de uma disciplina já na graduação como forma de capacitar e expor o graduando ao atendimento e sensibilização do PNE. Elias et al. (2018), ao analisarem o tratamento odontológico de gestantes por alunos da graduação de uma IES pública do Estado de Minas Gerais, revelaram que apenas 14% dos discentes atenderam gestantes em toda a sua graduação e que a maioria dos alunos relatou ter recebido alguma orientação sobre o pré-natal odontológico na graduação, não existindo um conteúdo formal associado a alguma disciplina e que uma das principais dificuldades relatadas referiam-se ao uso de medicamentos, anestésicos e procedimentos permitidos pelas gestantes.

Barros et al. (2013), ao questionarem dentistas que atuam no Estado de Sergipe, descobriram que a grande maioria (91,5%) era favorável à inclusão da disciplina de OPNE na graduação, pois a insegurança devido à falta de preparo profissional, foi a dificuldade mais registrada quando precisaram atender algum PNE.

Santos e Hora (2012), investigaram alunos de IES em Odontologia de Sergipe, as quais não possuem disciplina específica em PNE, tendo estes sido questionados sobre a necessidade desta disciplina em sua graduação e 90% destes discentes relataram ser necessária a implantação para melhorar o seu aprendizado. Os autores ainda registraram que, apesar de 60% destes alunos terem recebido alguma abordagem do tema Odontologia para PNE, esta não foi suficiente para gerar nestes graduandos segurança no atendimento.

Amaral et al. (2011), pesquisaram alunos de odontologia de uma IES e, ao serem indagados sobre o atendimento de PNE, 100% entendiam que é já na graduação que eles devem ser atendidos. Os referidos autores compreendem que devem existir uma disciplina e clínica exclusivamente voltadas para o PNE, mas que fatores como limitações de tempo, economia e educadores experientes sejam obstáculos para bem preparar os discentes para o atendimento do PNE.

Portanto, como afirmam Jacomine et al. (2018), é de grande importância a inclusão de uma disciplina específica sobre o tema PNE na graduação em Odontologia, pois o contato do aluno com este grupo de pacientes é de grande valor para o conhecimento e o rompimento de preconceitos que possam advir do atendimento destes pacientes, com o fim de promover a saúde bucal e melhorar a qualidade de vida do PNE. Contudo, são escassos os estudos comparando egressos de instituições com e sem disciplina do PNE.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Averiguar o conhecimento e a disponibilidade em atender PNE entre os graduandos de Odontologia no Município de Fortaleza.

3.2 Objetivos específicos

a) Investigar a autopercepção de acadêmicos de Odontologia sobre o conhecimento disponível (ou portado) para atendimento de pacientes com necessidades especiais.

b) Conhecer a disponibilidade para o atendimento odontológico em pacientes com necessidades especiais por acadêmicos de Odontologia com ou sem experiência de disciplina específica para PNE;

4 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa se afilia ao pressuposto quantitativo e se caracteriza como transversal, comparativa, analítica e descritiva, com a intenção de compreender a realidade, considerando os objetivos já apresentados.

O estudo foi realizado em duas fases. A primeira fase, ocorreu com coleta de dados junto aos alunos da graduação do último semestre dos cursos de Odontologia de duas IES que responderam ao convite feito para participarem da pesquisa, aos quais foram indagados, através de um questionário semiestruturado, presencial, sobre sua experiência durante a graduação no atendimento de PNE, sua disponibilidade em atender este tipo de paciente após a graduação e sua percepção sobre seu nível de conhecimento acerca do atendimento a PNE na Odontologia.

A segunda fase foi uma entrevista com os coordenadores dos cursos de odontologia das duas IES supracitadas, as quais possuem diferentes abordagens, relacionadas à oferta de disciplina de PNE (um curso com disciplina obrigatória e o outro sem disciplina de PNE).

4.1 Local e período do estudo

A pesquisa foi realizada no Município de Fortaleza, localizada no litoral norte do Estado do Ceará, mais precisamente, no ano de 2020, em duas universidades privadas que oferecem o curso presencial de Odontologia e que já formaram cirurgiões-dentistas desde o ano de 2019.

A primeira universidade possui o curso de graduação em Odontologia desde o ano de 2014, presente em duas unidades em Fortaleza, ambas com turnos diurno e noturno. Esta instituição possui em sua estrutura curricular uma disciplina específica e obrigatória para pacientes com necessidades especiais, ofertada no oitavo semestre do curso, com aulas teóricas e práticas, com carga horária total de 120 horas-aulas. Além desta disciplina, também oferece à apreciação de seus alunos, projetos de extensão de natureza optativa que abordam o tema PNE. Ademais, de acordo com sua coordenadora, o tema PNE está inserido em outras disciplinas ao longo do curso. Esta instituição será chamada de Instituição de

Ensino Superior 1 ou IES 1.

A segunda universidade possui o curso de Odontologia há 25 anos, oferecido em uma só unidade com turmas noturnas e diurnas. Esta instituição não apresenta, em sua matriz curricular, uma disciplina voltada ao atendimento de pacientes especiais, no entanto, segundo seu coordenador, o tema PNE é trabalhado em outras disciplinas do curso, com aulas teóricas. Assim como a primeira, esta universidade oferta para seus alunos projetos de extensão, de natureza optativa, que abordam o tema PNE. Esta instituição será chamada de Instituição de Ensino Superior 2 ou IES 2.

4.2 População e amostra do estudo

O convite para a pesquisa foi encaminhado inicialmente para quatro instituições de ensino superior do município de Fortaleza: uma instituição pública que tinha uma disciplina específica de PNE em sua matriz curricular, de natureza optativa; uma instituição privada que tinha a disciplina de PNE de natureza obrigatória e duas instituições também privadas que não possuíam a disciplina específica em suas matrizes curriculares. No entanto, alegando a pandemia de Covid-19, a instituição pública negou-se a realizar a pesquisa de forma presencial com seus alunos. Uma das instituições privadas, que não possuíam a disciplina de PNE, não respondeu ao convite enviado, restando duas instituições privadas que responderam positivamente: uma com a disciplina específica de PNE (aqui chamada de IES 1) e a outra que não possuía a disciplina em sua matriz curricular (aqui chamada de IES 2).

À época da pesquisa, as duas IES possuíam 1359 alunos matriculados no curso de odontologia, sendo que a IES 1 possuía 569 alunos, destes, 60 estudantes regularmente matriculados no último semestre do curso; enquanto que a IES 2 possuía 790 graduandos, entre estes, 79 no último semestre. Desta forma, o universo de graduandos de interesse para o estudo era de 134. A intenção era de realizar um estudo com todos os graduandos do último semestre das duas IES que atendessem os critérios de inclusão e exclusão. Dessa amostra inicial de 134 alunos, 30 alunos das duas IES (sendo 15 alunos da IES 1 e 15 alunos da IES 2) não responderam ao questionário. Usando-se os critérios de exclusão, quatro alunos da IES 2 foram excluídos,

ficando reduzida a amostra final para 105 alunos, sendo 45 alunos da IES 1 e 60 alunos da IES 2 (conforme especificado no fluxograma da Figura 1).

Para a segunda fase da pesquisa foram entrevistados os dois coordenadores das respectivas instituições.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

O critério de inclusão utilizado foi o aluno estar matriculado regularmente no último semestre do curso de graduação em Odontologia das IES pesquisadas.

Foram excluídos da pesquisa aqueles alunos que perderam mais de dois semestres do curso regular; alunos transferidos de outras universidades e aqueles alunos menores de 18 anos, no período da presente pesquisa.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

Em relação à coleta de dados da primeira fase, utilizou-se um questionário exclusivamente construído para esta pesquisa, semiestruturado, aplicado *in locu* aos alunos do último semestre de dois cursos de Odontologia existentes em Fortaleza e que graduaram alunos no ano de 2019. O formulário continha questões relacionadas a dados sociodemográficos, disponibilidade de atendimento, conhecimento para atender PNE, percepção sobre a capacidade em atender esse público, principais dificuldades e facilidades encontradas no atendimento de PNE, experiência em atender PNE na graduação, procedimentos odontológicos executados com estes pacientes durante a graduação e demais informações (Apêndice C).

Os dados para a segunda fase foram coletados por meio de formulários específicos também construídos exclusivamente para esta pesquisa, contendo nome, carga horária, ementa, obrigatoriedade e semestre das disciplinas voltadas ao atendimento de PNE. Ademais, os coordenadores dos cursos foram indagados acerca de atividades/projetos extra matriz curricular, voltados para o atendimento de PNE (Apêndice D).

4.5 Análise de dados

Os dados obtidos na pesquisa foram organizados de acordo com o objetivo do estudo e analisados com o apoio do programa de estatística STATA 14.0 (Stata®statisticsPackage, Stata for Windows). A análise descritiva utilizou frequência para variáveis categóricas e médias, com desvio padrão para variáveis contínuas. A comparação entre os diferentes grupos ocorreu utilizando o teste Qui-quadrado.

4.6 Aspectos éticos

A execução da pesquisa ocorreu de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do CNS (BRASIL, 2013). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Christus (Unichristus) e seguiu suas recomendações (ANEXO 1).

Para a primeira fase os participantes foram esclarecidos sobre os propósitos do estudo e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, presente no Apêndice A desta dissertação, diante a aceitação em participar do estudo. Também foram informados sobre seu direito de desistir da pesquisa a qualquer momento e sem necessidade de justificativa ao pesquisador. A identidade do pesquisado foi preservada.

4.6.1 Riscos

Os riscos que poderiam acontecer seriam do aluno pesquisado se negar a responder o questionário por se sentir constrangido ou desinteressado pelo tema, bem como não entender algum quesito exposto no questionário. Porém este risco pôde ser minimizado ou extinto, pois conforme exposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no Apêndice A previamente assinado pelo aluno, a participação era voluntária, sem ônus para o estudante, podendo desistir a qualquer momento, sem explicação, tirando dele a responsabilidade por não querer participar da pesquisa. Ademais, o pesquisador que coletou os dados estava treinado para acolher situações de constrangimento no preenchimento do questionário, que

felizmente não ocorreram.

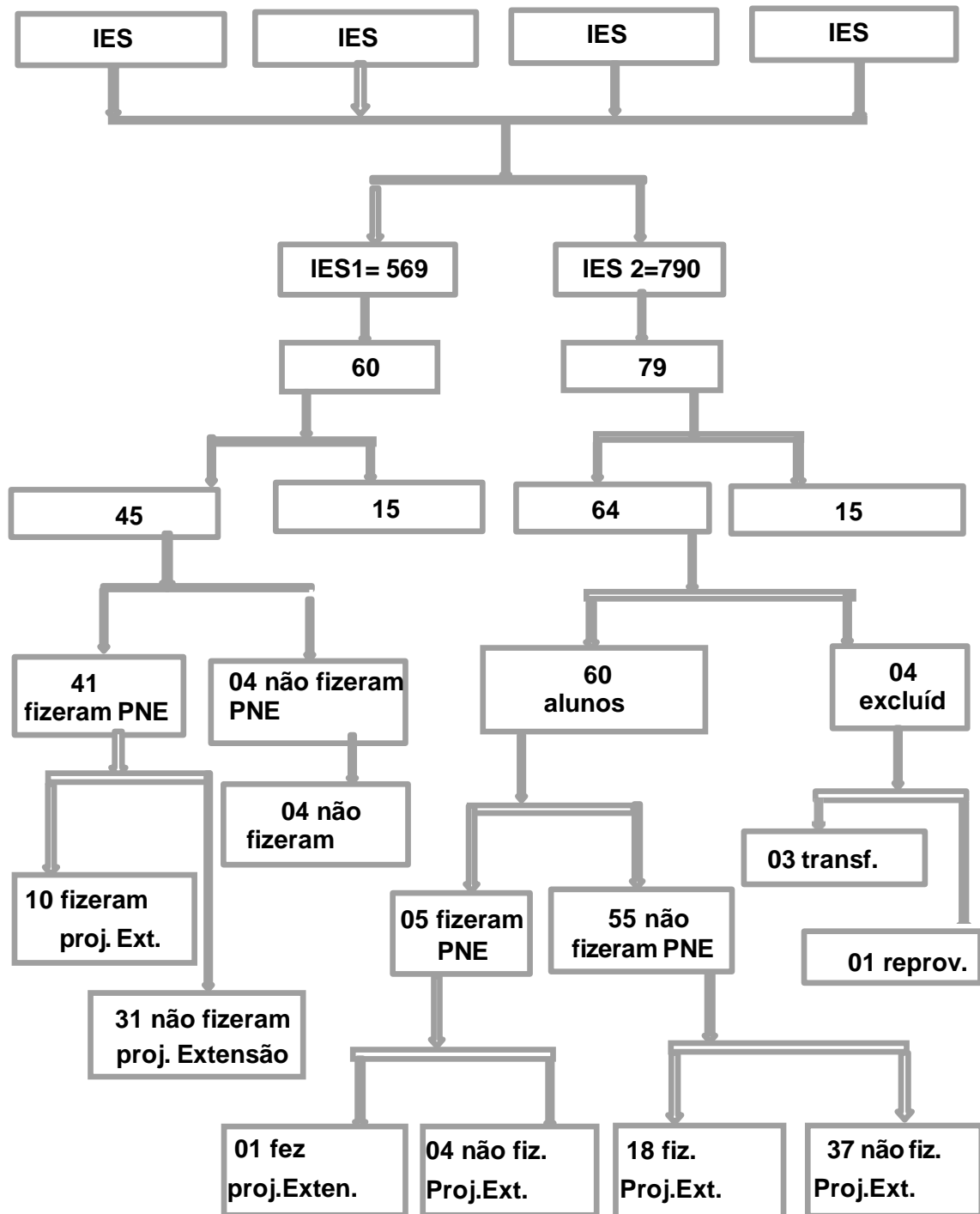
4.6.2 *Benefícios*

Como benefício direto tem-se a percepção da necessidade da inserção do PNE ao atendimento odontológico prioritariamente pelo graduando, a fim de contribuir para um profissional mais resolutivo dos problemas bucais da população em geral, especialmente o público de PNE.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 105 estudantes de graduação de duas IES, sendo 45 discentes da IES 1, a qual tem em sua matriz curricular uma disciplina específica de odontologia para PNE e 60 discentes da IES 2, a qual não apresenta em sua matriz curricular uma disciplina específica para PNE. Como mencionado anteriormente, o universo de graduandos de interesse para o estudo era de 134. A intenção era de realizar um estudo com todos os graduandos do último semestre das duas IES que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão. Dessa amostra inicial de 134 graduandos, 30 estudantes das duas IES não responderam o questionário (15 alunos de cada instituição). Usando-se os critérios de exclusão, quatro discentes foram excluídos, restando uma amostra final de 105 alunos, sendo 45 alunos da IES 1 e 60 alunos da IES 2, conforme especificado no fluxograma da Figura 1.

FIGURA 1 - Fluxograma da população e amostra final de duas IES pesquisadas, n=105.



As tabelas apresentam os dados descritivos e analíticos da pesquisa, comparando as duas IES em relação às variáveis de interesse do estudo.

A maioria dos estudantes foi do sexo feminino (74,29%), com idade entre 21 e 24 anos (80%), de religião católica (61,9%), solteira (95,24%) e com experiência de atendimento clínico, variando de um exame bucal a procedimentos propriamente ditos a PNE na graduação (89,52%). Não houve diferença entre as IES em relação ao gênero, idade, estado civil e religião ($p < 0,05$), variáveis que poderiam interferir nas observações de interesse da pesquisa. As características demográficas dos participantes são apresentadas na Tabela 5.1.

Tabela 5.1- Relação entre as variáveis sociodemográficas com graduandos de duas IES, n=105, (Qui-quadrado, p<0,05).

Variável Sociodemográfica	IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	Total n(%)	p
Idade				
21-22	20 (44,4)	24 (40)	44 (41,9)	0,145
23-24	15 (33,3)	25 (41,7)	40 (38,1)	
25-26	5 (11,1)	8 (13,3)	13 (12,4)	
27-28	5 (11,1)	3 (5)	Sexo	
Sexo				
Feminino	37 (82,2)	41 (68,3)	78 (74,3)	0,107
Masculino	8 (17,8)	19 (31,7)	27 (25,7)	
Religião				
Católica	26 (57,8)	39 (65)	65 (61,9)	***
Protestante	6 (13,3)	7 (11,7)	13 (12,4)	
Outras religiões/Sem rel/não inform/ateu	13 (28,8)	14 (23,3)	27 (25,7)	
Estado civil				
Solteiro	41 (91,1)	59 (98,3)	100 (95,2)	0,174
Casado	2 (4,4)	1 (1,7)	3 (2,9)	
Divorciado	2 (4,4)	0 (0)	2 (1,9)	
Ano de ingresso na IES				
2014	4 (8,9)	2 (3,3)	6 (5,7)	0,097
2016	33 (73,3)	37 (61,7)	70 (66,7)	
Turno do curso de Odontologia				
Diurno	16 (35,6)	37 (61,7)	53 (50,5)	0,008
Noturno	29 (64,4)	23 (38,3)	52 (49,5)	
Perdeu ou reprovou algum semestre				
Sim	10 (22,2)	22 (36,7)	32 (30,5)	0,112
Não	35 (77,8)	38 (63,3)	73 (69,5)	
Atendeu algum PNE na graduação				
Sim	45 (100)	49 (81,7)	94 (89,5)	0,002
Não	0 (0)	11 (18,3)	11 (10,5)	
Fez disciplina específica de PNE na graduação				
Sim	41 (91,1)	5 (18,3)	46 (43,8)	<0,001
Não	4 (8,9)	55 (91,7)	59 (56,2)	
Projeto de extensão/optativa para PNE				
Sim	10 (22,2)	19 (31,7)	29 (27,6)	0,155
Não	35 (77,8)	41 (68,3)	76 (72,4)	
História de PNE na família				
Sim	9 (20)	6 (10)	15 (14,3)	0,249
Sim, quero saber	7 (15,6)	7 (11,7)	14 (13,3)	
Sim, não quero saber	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Não	29 (64,4)	47 (78,3)	76 (72,4)	
Definição de PNE				
Sim	45 (100)	56 (93,3)	101 (96,2)	0,077
Não	0 (0)	4 (6,7)	4 (3,8)	
Existe bom acesso do PNE ao tratam. odontológico				
Sim	13 (28,9)	24 (40)	37 (35,2)	0,144
Não	31 (68,9)	31 (51,7)	62 (59,1)	
Não sei	1 (2,2)	5 (8,3)	6 (5,7)	
TOTAL n(%)	45 (100)	60 (100)	105 (100)	

Fonte: Elaborado pela autora

Em relação à percepção dos discentes sobre a dificuldade de acesso do PNE ao atendimento odontológico, na análise bivariada (TABELA 5.2), foi observado, como barreira para o acesso ao recurso financeiro ($p=0,001$), a distância geográfica ($p=0,004$) e o desconhecimento da população ($p=0,006$).

Tabela 5.2- Relação entre a variável “Percepção de dificuldade de acesso do PNE ao atendimento odontológico” com graduandos de duas IES, n=105, (Qui-quadrado, $p<0,05$)

Percepção da dificuldade de acesso do PNE		IES 1	IES 2	TOTAL	p
		n (%)	n(%)	n (%)	
Recurso financeiro					0,001
	Sim	34 (75,6)	25 (41,7)	59 (56,2)	
	Não	11 (24,4)	35 (58,3)	46 (43,8)	
Distância Geográfica					0,004
	Sim	20 (44,4)	11 (18,3)	31 (29,5)	
	Não	25 (55,6)	49 (81,7)	74 (70,5)	
Barreiras Arquitetônicas					0,459
	Sim	15 (33,3)	16 (26,7)	31 (29,5)	
	Não	30 (66,7)	44 (73,3)	74 (70,5)	
Demora no atendimento					0,074
	Sim	16 (35,6)	12 (20)	28 (26,7)	
	Não	29 (64,4)	48 (80)	77 (73,3)	
Poucos profissionais habilitados					0,638
	Sim	39 (86,7)	50 (83,3)	89 (84,8)	
	Não	6 (13,3)	10 (16,7)	16 (15,2)	
Desconhecimento da população					0,006
	Sim	28 (62,2)	21 (35)	49 (46,7)	
	Não	17 (37,8)	39 (65)	56 (53,3)	
Sem colaboração da família do PNE					0,084
	Sim	13 (28,9)	9 (15)	22 (20,1)	
	Não	32 (71,1)	51 (85)	83 (79,1)	
TOTAL n(%)		45 (100)	60 (100)	105 (100)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Em se tratando do nível de conhecimento dos estudantes de Odontologia, observou-se uma diferença entre as IES (TABELA 5.3), em relação à percepção de conhecimento ($p=0,025$), auto relatado de aptidão para atendimento a PNE ($p<0,001$), especificamente nos procedimentos como exame clínico ($p<0,001$), procedimentos preventivos ($p<0,001$) e restaurador ($p<0,001$).

Tabela 5.3.- Relação entre a variável “Nível de conhecimento de PNE ao atendimento odontológico” com graduandos de duas IES, $n=105$, (Qui-quadrado, $p<0,05$).

Nível de conhecimento	IES 1 n (%)	IES 2 n (%)	TOTAL n (%)	p
Conhecimento de PNE na Odontologia				0,025
Ótimo	2 (4,4)	1 (1,70)	3 (2,9)	
Bom	26 (57,8)	17 (28,3)	43 (40,1)	
Regular	17 (37,8)	33 (55)	50 (47,6)	
Ruim	0 (0)	6 (10)	6 (5,7)	
Péssimo	0 (0)	1 (1,7)	1 (1)	
Não sabe/não respondeu	0 (0)	2 (3,3)	2 (2)	
Sente-se preparado para atender PNE				0,091
Sim	26 (57,8)	23 (38,3)	49 (46,7)	
Não	6 (13,3)	20 (33,3)	26 (24,8)	
Não sei	13 (28,9)	17 (28,3)	30 (28,6)	
A graduação lhe deixa apto para atender PNE?				<0,001
Sim	42 (93,3)	15 (25)	57 (54,3)	
Não	0 (0)	19 (31,7)	19 (18,1)	
Parcialmente	3 (6,7)	26 (43,3)	29 (27,6)	
Quais procedimentos sente-se apto?				
Exame clínico				<0,001
Sim	44 (91,1)	42 (70)	86 (81,9)	
Não	1(8,9)	18(30)	19(18,1)	

Tabela 5.3.- Relação entre a variável “Nível de conhecimento de PNE ao atendimento odontológico” com graduandos de duas IES, n=105, (Qui-quadrado, $p<0,05$). (Continua)

Nível de conhecimento	IES 1 n (%)	IES 2 n (%)	TOTAL n(%)	p
Procedimentos preventivos				<0,001
Sim	17 (37,8)	12 (20)	29(27,6)	
Não	1 (8,9)	18 (30)	19(18,1)	
Procedimentos restauradores				0,001
Sim	40 (88,9)	35(58,3)	75(71,4)	
Não	5 (11,1)	25(41,7)	30(28,6)	
Procedimentos cirúrgicos				0,099
Sim	17(37,8)	12 (20)	29(27,6)	
Não	28(62,2)	48 (80)	76(72,4)	
TOTAL n(%)	45 (100)	60 (100)	105 (100)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto à experiência de atendimento odontológico a PNE realizado pelos estudantes de Odontologia durante a graduação, verificou-se uma diferença entre as IES em relação às patologias presentes nos pacientes atendidos pelos discentes (TABELA 5.4): autismo ($p < 0,001$), paralisia cerebral ($p = 0,001$), diabetes ($p = 0,032$) e problemas cardíacos ($p = 0,021$).

Tabela 5.4 – Relação entre a variável “Atendimentos de patologias específicas na graduação” com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, $p < 0,05$).

Atendimento na graduação	IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	TOTAL n(%)	p
Síndrome de Down				0,306
Sim	17 (37,78)	17 (28,33)	34 (32,38)	
Não	28 (62,22)	43 (71,67)	71 (67,62)	
Autismo				0,004
Sim	35 (77,78)	30 (50,0)	65 (61,9)	
Não	10 (22,22)	30 (50,0)	40 (38,1)	
Paralisia cerebral				0,001
Sim	21 (46,67)	10 (16,67)	31 (29,52)	
Não	24 (53,33)	50 (83,33)	74 (70,48)	
Epilepsia				0,429
Sim	4 (8,89)	3 (5)	7 (6,67)	
Não	41 (91,11)	57 (95)	98 (93,33)	
Deficiência auditiva				0,732
Sim	5 (11,11)	8 (13,33)	13 (12,38)	
Não	40 (88,89)	52 (86,67)	92 (87,62)	
Deficiência visual				0,732
Sim	4 (8,89)	9 (15,0)	13 (12,38)	
Não	41 (91,11)	51 (85,0)	92 (87,62)	
Deficiência mental/intelectual				0,732
Sim	12 (26,67)	12 (20,0)	24 (22,86)	
Não	33 (73,33)	48 (80,0)	81 (77,14)	

Tabela 5.4 – Relação entre a variável “Atendimentos de patologias específicas na graduação” com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, $p<0,05$). (Continua)

Atendimentos na graduação	IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	TOTAL n(%)	P
Deficiência física				0,240
Sim	9 (20,0)	7 (11,67)	16 (15,23)	
Não	36 (80)	53 (88,33)	89 (84,77)	
Distúrbio psiquiátrico				0,709
Sim	7 (15,56)	11 (18,33)	18 (17,14)	
Não	38 (84,44)	49 (81,67)	87 (87,86)	
Mudo				0,051
Sim	2 (4,44)	10 (16,67)	12 (11,43)	
Não	43 (95,56)	50 (83,33)	93 (88,57)	
Diabetes				0,032
Sim	29 (64,44)	26 (43,33)	55 (52,38)	
Não	16 (35,56)	34 (56,67)	50 (47,62)	
HIV +				0,907
Sim	16 (35,56)	22 (36,67)	38 (36,19)	
Não	29 (64,44)	38 (63,33)	67 (63,81)	
Asma				0,216
Sim	0(0)	2 (3,3)	2(1,9)	
Não	45(100)	58(96,7)	103(98,1)	
Problemas cardíacos				0,021
Sim	21(46,7)	15(25)	36 (34,3)	
Não	24 (53,3)	45 (75)	69 (65,7)	
Leucemia				0,246
Sim	1 (2,2)	0 (0)	1 (1,0)	
Não	44 (97,8)	60 (100)	104 (99,1)	
Distrofia muscular				0,059
Sim	6 (13,3)	2 (3,3)	8 (7,6)	
Não	39 (86,7)	58 (96,7)	97 (92,4)	
TOTAL n(%)	45 (100)	60 (100)	105 (100)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Para a experiência de atendimento odontológico a PNE pelos estudantes de Odontologia durante a graduação, observou-se diferença entre as IES em relação aos procedimentos realizados (TABELA 5.5), como exame clínico ($p < 0,001$), procedimentos preventivos ($p < 0,001$) e restauradores ($p = 0,002$), onde os alunos da IES 1 relatam realizar mais atendimentos do que os da IES 2.

Tabela 5.5 – Relação entre a variável “Atendimentos de PNE quanto aos procedimentos realizados e necessidade de conhecimentos” com graduandos de duas IES , n=105, (Qui-quadrado, $p < 0,05$).

Atendimentos de PNE		IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	TOTAL n(%)	p
Exame clínico					<0,001
	Sim	4 (95,6)	28 (46,7)	71 (67,6)	
	Não	2 (4,4)	32 (53,3)	34 (32,3)	
Procedimentos preventivos					<0,001
	Sim	41 (91,1)	36 (60)	77 (73,3)	
	Não	4 (8,9)	24 (40)	28 (26,7)	
Procedimentos restauradores					0,002
	Sim	41 (91,1)	39 (65)	80 (76,2)	
	Não	4 (8,9)	21 (35)	25 (23,8)	
Procedimentos cirúrgicos					0,088
	Sim	24 (53,3)	22 (36,7)	46 (43,8)	
	Não	21 (46,7)	38 (63,3)	59 (56,2)	
Você tem interesse em aperfeiçoar seus conhecimentos em PNE?					***
	Sim	21(46,7)	28(46,7)	49(46,7)	
	Não	10(22,2)	8(13,3)	18(17,1)	
	Não pensei nisto	14 (31,1)	21 (35)	35(33,3)	
	Não inform.	0 (0)	3 (5)	3(2,9)	
O que você acha que pode melhorar o atendimento odontológico do estudante da graduação em Odontologia em relação ao PNE?					
Mais conhecimentos científicos					0,463
	Sim	12 (26,7)	20 (33,3)	32 (30,5)	
	Não	33 (73,3)	40(66,7)	73 (69,5)	
Mais vivência prática					0,279
	Sim	23 (51,1)	37 (61,7)	60 (57,1)	
	Não	22 (48,9)	23 (38,3)	45 (42,9)	

Tabela 5.5 – Relação entre a variável “Atendimentos de PNE quanto aos procedimentos realizados e necessidade de conhecimentos” com graduandos de duas IES , n=105, (Qui-quadrado, p<0,05). (Continua)

Atendimentos de PNE		IES 1 n(%)	IES 2 n (%)	TOTAL n(%)	p
Mais conhecimentos científicos/práticos					0,955
	Sim	25 (55,56)	33 (55)	58 (55,24)	
	Não	20 (44,44)	27 (45)	47 (44,76)	
	TOTAL n(%)	45 (100%)	60 (100%)	105 (100%)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à percepção do nível de conhecimento dos discentes diante dos casos específicos de PNE das duas instituições pesquisadas, foi observada diferença de percepção nas patologias (TABELA 5.6) de: autismo ($p < 0,001$), paralisia cerebral ($< 0,001$), epilepsia ($p = 0,007$), deficiência mental ($p = 0,002$), distúrbio psiquiátrico ($p = 0,002$), mudo ($p = 0,020$), leucemia ($p = 0,013$) e distrofia muscular ($p = 0,008$), onde os discentes da IES 1 percebem ter maior conhecimento sobre estes agravos à saúde.

Tabela 5.6 – Relação entre a variável “Nível de conhecimento dos casos específicos de PNE”, com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, $p < 0,05$).

Nível de Conhecimento	IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	TOTAL n(%)	P
Síndrome de Down				0,130
Ótimo	11(24,4)	8(13,3)	19(18,1)	
Bom	27(60)	23(38,3)	50(47,6)	
Regular	6(13,3)	23(38,3)	29(27,6)	
Ruim	1(2,2)	3(5)	4(3,8)	
Péssimo	0(0)	2(3,3)	2(1,9)	
Não informou	0(0)	1(1,7)	1(1,0)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Autismo				<0,001
Ótimo	10(22,2)	2(3,3)	12(11,4)	
Bom	26(57,8)	22(36,7)	48(45,7)	
Regular	9(20)	27(45)	36(34,3)	
Ruim	0(0)	8(13,3)	8(7,6)	
Péssimo	0(0)	0(0)	0(0)	
Não informou	0(0)	1(1,7)	1(1)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Paralisia cerebral				<0,001
Ótimo	2(4,4)	1(1,7)	3(2,9)	
Bom	24(53,3)	11(18,3)	35(33,3)	
Regular	17(37,8)	19(31,7)	36(34,3)	
Ruim	2(4,4)	20(33,3)	22(21)	
Péssimo	0(0)	8(13,3)	8(7,6)	
Não informou	0(0)	1(1,7)	1(1)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	

Tabela 5.6 – Relação entre a variável “Nível de conhecimento dos casos específicos de PNE”, com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, $p<0,05$). (Continua)

Nível de Conhecimento	IES 1 N(%)	IES 2 N(%)	TOTAL n(%)	P
Epilepsia				0,007
Ótimo	1(2,2)	1(1,7)	1(2)	
Bom	20(44,4)	16(26,7)	36(34,3)	
Regular	23(51,1)	25(41,7)	48(45,7)	
Ruim	1(2,2)	13(21,7)	14(13,3)	
Péssimo	0(0)	5(8,3)	5(4,8)	
Não informou	0(0)	0(0)	0(0)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Deficiência Auditiva				0,12
Ótimo	7(15,6)	8(13,3)	15(14,3)	
Bom	26(57,8)	24(40)	50(47,6)	
Regular	9(20)	12(20)	21(20)	
Ruim	2(4,4)	10(16,7)	12(11,4)	
Péssimo	1(2,2)	6(10)	7(6,7)	
Não informou	0(0)	0(0)	0(0)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Deficiência visual				0,182
Ótimo	11(24,4)	13(21,7)	24(22,9)	
Bom	24(44,8)	23(38,3)	47(44,8)	
Regular	9(20)	15(25)	24(22,9)	
Ruim	1(2,2)	6(10)	7(6,7)	
Péssimo	0(0)	3(5)	3(2,9)	
Não informou	0(0)	0(0)	0(0)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	

Tabela 5.6 – Relação entre a variável “Nível de conhecimento dos casos específicos de PNE”, com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, $p < 0,05$). (Continua)

Nível de Conhecimento	IES 1 N(%)	IES 2 N(%)	TOTAL n(%)	p
Deficiência mental/intelectual				0,002
Ótimo	3(6,7)	1(1,7)	4(3,8)	
Bom	26(57,8)	17(28,3)	43(41)	
Regular	15(33,3)	25(45)	42(40)	
Ruim	1(2,2)	11(18,3)	12(11,4)	
Péssimo	0(0)	4(6,7)	4(3,8)	
Não informou	0(0)	0(0)	0(0)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Deficiência Física				0,313
Ótimo	13(28,9)	17(28,3)	30(28,6)	
Bom	27(60)	28(46,7)	55(52,4)	
Regular	5(11,1)	11(18,3)	16(15,2)	
Ruim	0(0)	2(3,3)	2(2)	
Péssimo	0(0)	2(3,3)	2(2)	
Não informou	0(0)	0(0)	0(0)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Distúrbio psiquiátrico				0,002
Ótimo	2(4,4)	4(6,7)	6(5,7)	
Bom	23(51,1)	11(18,3)	44(33,3)	
Regular	16(35,6)	26(43,3)	42(39,1)	
Ruim	4(8,9)	12(20)	16(15,2)	
Péssimo	0(0)	6(10)	6(5,7)	
Não informou	0(0)	1(1,7)	1(1)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	

Tabela 5.6 – Relação entre a variável “Nível de conhecimento dos casos específicos de PNE”, com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, $p < 0,05$). (Continua)

Nível de Conhecimento	IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	TOTAL n(%)	p
Mudo				0,020
Ótimo	9(20)	10(16,7)	19(18,1)	
Bom	28(62,2)	22(36,7)	50(47,6)	
Regular	7(15,6)	17(28,3)	24(22,9)	
Ruim	1(2,2)	5(8,3)	6(5,7)	
Péssimo	0(0)	6(10)	6(5,7)	
Não informou	0(0)	0(0)	0(0)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Diabetes				0,211
Ótimo	17(37,8)	33(55)	50(47,6)	
Bom	25(55,6)	21(35)	46(43,8)	
Regular	2(4,4)	4(6,7)	6(5,7)	
Ruim	0(0)	1(1,7)	1(1)	
Péssimo	0(0)	1(1,7)	1(1)	
Não informou	1(2,2)	0(0)	1(1)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
HIV+				0,312
Ótimo	18(40)	26(43,3)	44(42)	
Bom	22(48,9)	23(38,3)	45(42,9)	
Regular	4(8,9)	8(13,3)	12(11,4)	
Ruim	0(0)	3(5)	3(2,9)	
Péssimo	0(0)	0(0)	0(0)	
Não informou	1(2,2)	0(0)	1(1)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	

Tabela 5.6 – Relação entre a variável “Nível de conhecimento dos casos específicos de PNE”, com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, p<0,05). (Continua)

Nível de Conhecimento	IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	TOTAL n(%)	p
Gravidez				0,098
Ótimo	18(40)	30(50)	48(45,7)	
Bom	24(53,3)	20(33,3)	44(42)	
Regular	2(4,4)	9(15)	11(10,5)	
Ruim	0(0)	1(1,7)	1(1)	
Péssimo	0(0)	0(0)	0(0)	
Não informou	1(2,2)	0(0)	1(1)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Asma				0,291
Ótimo	17(37,8)	21(35)	38(36,2)	
Bom	20(44,4)	22(36,7)	42(40)	
Regular	6(13,3)	14(23,3)	20(19,1)	
Ruim	1(2,2)	2(3,3)	3(2,9)	
Péssimo	0(0)	1(1,7)	1(1)	
Não informou	1(2,2)	0(0)	1(1)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Problema cardíaco				0,577
Ótimo	12(26,7)	21(35)	33(31,4)	
Bom	26(57,8)	31(51,7)	57(54,3)	
Regular	6(13,3)	7(11,7)	13(12,4)	
Ruim	0(0)	1(1,7)	1(1)	
Péssimo	0(0)	0(0)	0(0)	
Não informou	1(2,2)	0(0)	1(1)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	

Tabela 5.6 – Relação entre a variável “Nível de conhecimento dos casos específicos de PNE”, com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, p<0,05). (Continua)

Nível de Conhecimento	IES 1 N(%)	IES 2 N(%)	TOTAL n(%)	p
Leucemia				0,013
Ótimo	1(2,2)	1(18,3)	12(11,4)	
Bom	23(51,1)	13(21,7)	36(34,3)	
Regular	19(42,2)	23(38,3)	42(40)	
Ruim	2(4,4)	10(16,7)	12(11,4)	
Péssimo	0(0)	3(5)	3(2,9)	
Não informou	0(0)	0(0)	0(0)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Distrofia muscular				0,098
Ótimo	5(11,1)	5(8,3)	10(9,52)	
Bom	26(57,8)	18(30)	44(42)	
Regular	13(28,9)	23(38,3)	36(34,3)	
Ruim	1(2,2)	10(16,7)	11(10,5)	
Péssimo	0(0)	4(6,7)	4(3,8)	
Não informou	0(0)	0(0)	1(1)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	

Fonte: Elaborado pela autora.

No que se refere à percepção dos graduandos sobre a aptidão em realizar procedimentos em níveis de complexidade diante de casos específicos de PNE, os resultados apontam uma diferença entre as IES em relação às patologias “Autismo” com valores iguais de ($p=0,004$) para níveis de baixa e média complexidade, respectivamente; “Paralisia Cerebral”, com valores idênticos de ($p<0,001$) para níveis de baixa e média complexidades, respectivamente, e ($p=0,001$) para nível de alta complexidade; “Epilepsia” com ($p=0,04$) e ($p=0,012$) para níveis de baixa e média complexidades, respectivamente; “Deficiência Mental/Intelectual”, com ($p=0,038$), ($p=0,033$) e ($p=0,002$), para níveis de baixa, média e alta complexidades, respectivamente; “Distúrbio Psiquiátrico”, com ($p=0,029$) e ($p=0,016$) para níveis de baixa e alta complexidades, respectivamente; “Problemas Cardíacos”, com ($p=0,024$) para nível de alta complexidade e, por último, “Leucemia”, com ($p=0,046$) para nível de alta complexidade, onde os estudantes da IES 1 relatam ter mais conhecimento por nível de complexidade do procedimento do que os estudantes da IES 2, conforme demonstrado na Tabela 5.7.

Tabela 5.7 – Relação entre a variável “Grau de aptidão diante da complexidade de casos específicos de PNE” com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, p<0,05)

Casos específicos de PNE			IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	TOTAL n(%)	p
Autismo	Baixa Complexidade	Apto	40(88,9)	36(60)	76(72,4)	0,004
		Pouco apto	5(11,1)	21(35)	26(24,7)	
		Não apto	0(0)	2(3,3)	2(1,9)	
	Média Complexidade	Apto	27(60)	18(30)	45(42,8)	0,004
		Pouco apto	15(33,3)	28(46,6)	43(41)	
		Não apto	3(6,6)	13(21,6)	16(15,2)	
	Alta Complexidade	Apto	7(15,5)	7(11,6)	14(13,3)	0,018
		Pouco apto	24(53,3)	22(36,6)	46(43,8)	
		Não apto	14(31,1)	30(50)	44(42)	
	TOTAL n(%)			45(100)	60(100)	105(100)
Paralisia cerebral	Baixa Complexidade	Apto	28(62,2)	17(28,3)	45(42,8)	<0,001
		Pouco apto	16(35,5)	21(35)	37(35,2)	
		Não apto	1(2,2)	1(1,6)	22(21)	
	Média Complexidade	Apto	19(42,2)	7(11,6)	26(24,7)	<0,001
		Pouco apto	22(49)	24(40)	46(43,8)	
		Não apto	4(9)	28(46,6)	32(30,5)	
	Alta Complexidade	Apto	2(4,4)	5(8,3)	7(6,6)	0,001
		Pouco apto	28(62,2)	14(23,3)	42(40)	
		Não apto	15(33,3)	40(66,6)	55(52,4)	
	TOTAL n(%)			45(100)	60(100)	105(100)
Epilepsia	Baixa Complexidade	Apto	29(64,4)	27(45)	56(53,3)	0,04
		Pouco apto	13(28,9)	16(26,7)	29(27,6)	
		Não apto	3(6,7)	16(26,7)	19(18,1)	
	Média Complexidade	Apto	20(44,4)	20(33,3)	40(38,1)	0,012
		Pouco apto	21(46,7)	18(30)	39(37,1)	
		Não apto	4(8,9)	21(35)	25(23,8)	

Tabela 5.7 – Relação entre a variável “Grau de aptidão diante da complexidade de casos específicos de PNE” com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, p<0,05)

(Continua).

Casos específicos de PNE			IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	TOTAL n(%)	p	
Epilepsia	Alta Complexidade	Apto	6(13,3)	11(18,3)	17(16,2)	0,129	
		Pouco apto	25(55,5)	20(33,3)	45(42,8)		
		Não apto	14(31,1)	28(46,7)	42(40)		
	TOTAL n(%)		45(100)	60(100)	105(100)		
Deficiência Auditiva	Baixa Complexidade	Apto	33(73,3)	35(58,3)	68(64,7)	0,219	
		Pouco apto	10(22,2)	18(30)	28(26,7)		
		Não apto	2(4,4)	7(11,7)	9(8,6)		
	Média Complexidade	Apto	32(71,1)	31(51,7)	63(60)	0,096	
		Pouco apto	11(24,4)	21(35)	32(30,5)		
		Não apto	2(4,4)	8(13,3)	10(9,5)		
	Alta Complexidade	Apto	23(51,1)	27(45)	50(47,6)	0,153	
		Pouco apto	19(42,2)	21(35)	40(38,1)		
		Não apto	3(6,7)	12(20)	15(14,3)		
	TOTAL n(%)		45(100)	60(100)	105(100)		
	Deficiência Visual	Baixa Complexidade	Apto	39(86,7)	42(70)	81(77,1)	0,118
			Pouco apto	5(11,1)	13(21,7)	18(17,1)	
Não apto			1(2,2)	5(8,3)	6(5,7)		
Média Complexidade		Apto	34(75,5)	37(61,7)	71(67,6)	0,249	
		Pouco apto	9(20)	16(26,7)	25(23,8)		
		Não apto	2(4,4)	7(11,7)	9(8,6)		
Alta Complexidade		Apto	29(64,4)	30(50)	59(56,2)	0,201	
		Pouco apto	16(35,5)	28(46,7)	44(41,9)		
		Não apto	0(0)	2(3,3)	2(1,9)		
TOTAL n(%)		45(100)	60(100)	105(100)			
Deficiência Mental/Intelectual		Baixa Complexidade	Apto	28(62,2)	24(40)	52(49,5)	0,038
			Pouco apto	16(35,5)	29(48,3)	45(42,8)	
	Não apto		1(2,2)	7(11,7)	8(7,6)		

Tabela 5.7 – Relação entre a variável “Grau de aptidão diante da complexidade de casos específicos de PNE” com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, p<0,05)

(Continua).

Casos específicos de PNE			IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	TOTAL n(%)	p	
Deficiência Mental/Intelectual	Média Complexidade	Apto	18(40)	15(25)	33(31,4)	0,033	
		Pouco apto	23(51,1)	28(46,7)	51(48,6)		
		Não apto	4(8,9)	17(28,3)	21(20)		
	Alta Complexidade	Apto	7(15,5)	8(13,3)	15(14,3)	0,002	
		Pouco apto	29(64,4)	19(31,7)	48(45,7)		
		Não apto	9(20)	33(55)	42(40)		
	TOTAL n(%)			45(100)	60(100)	105(100)	
	Deficiência Física	Baixa Complexidade	Apto	38(84,4)	49(81,7)	87(82,9)	0,466
			Pouco apto	7(15,6)	9(15)	16(15,2)	
Não apto			0(0)	2(3,3)	2(2)		
Média Complexidade		Apto	31(68,9)	43(71,7)	74(70,5)	0,651	
		Pouco apto	13(28,9)	14(23,3)	27(25,7)		
		Não apto	1(2,2)	3(5)	4(3,8)		
Alta Complexidade		Apto	23(51,1)	36(60)	59(56,2)	0,564	
		Pouco apto	18(40)	18(30)	36(34,3)		
		Não apto	4(8,9)	6(10)	10(9,5)		
TOTAL n(%)			45(100)	60(100)	105(100)		
Distúrbios Psiquiátricos	Baixa Complexidade	Apto	25(55,6)	21(35)	46(43,8)	0,029	
		Pouco apto	18(40)	20(33,3)	38(36,2)		
		Não apto	2(4,4)	17(28,3)	19(18,1)		
	Média Complexidade	Apto	19(42,2)	16(26,7)	35(33,3)	0,051	
		Pouco apto	20(44,4)	20(33,3)	40(38,1)		
		Não apto	6(13,3)	22(36,7)	28(26,7)		
	Alta Complexidade	Apto	10(22,2)	8(13,3)	18(17,1)	0,016	
		Pouco apto	26(57,8)	22(36,7)	48(45,7)		
		Não apto	9(20)	28(46,7)	37(35,2)		
TOTAL n(%)			45(100)	60(100)	105(100)		

Tabela 5.7 – Relação entre a variável “Grau de aptidão diante da complexidade de casos específicos de PNE” com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, p<0,05)

(Continua).

Casos específicos de PNE			IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	TOTAL n(%)	p	
Mudo	Baixa Complexidade	Apto	34(75,6)	36(60)	70(66,7)	0,328	
		Pouco apto	9(20)	18(30)	27(25,7)		
		Não apto	2(4,5)	6(10)	8(7,6)		
	Complexidade	Apto	31(68,9)	33(55)	64(61)	0,459	
		Pouco apto	10(22,2)	19(31,7)	29(27,6)		
		Não apto	4(8,9)	8(13,3)	12(11,4)		
	Alta Complexidade	Apto	27(60)	29(48,3)	56(53,3)	0,372	
		Pouco apto	13(28,9)	19(31,7)	32(30,5)		
		Não apto	5(11,1)	12(20)	17(16,2)		
	TOTAL n(%)			45(100)	60(100)	105(100)	
	Diabetes	Baixa Complexidade	Apto	40(88,9)	53(88,3)	93(88,6)	0,467
			Pouco apto	4(8,9)	7(11,7)	11(10,5)	
Não apto			0(0)	0(0)	0(0)		
Média Complexidade		Apto	37(82,2)	52(86,7)	89(84,7)	0,125	
		Pouco apto	5(11,1)	8(13,3)	13(12,4)		
		Não apto	2(4,4)	0(0)	2(2)		
Com Alta idade		Apto	35(77,8)	49(81,7)	84(80)	0,566	
		Pouco apto	6(13,3)	9(1)	15(14,3)		
		Não apto	3(6,7)	2(3,3)	5(4,7)		
TOTAL n(%)			45(100)	60(100)	105(100)		
HIV +		Baixa Complexidade	Apto	39(86,7)	52(86)	91(86,)	0,488
			Pouco apto	5(11,1)	8(13,3)	13(12,4)	
	Não apto		0(0)	0(0)	0(0)		
	Média Complexidade	Apto	35(77,8)	50(83,3)	85(81)	0,227	
		Pouco apto	6(13,3)	9(15)	15(14,3)		
		Não apto	3(6,7)	1(1,7)	4(3,8)		

Tabela 5.7 – Relação entre a variável “Grau de aptidão diante da complexidade de casos específicos de PNE” com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, p<0,05)

(Continua).

Casos específicos de PNE			IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	TOTAL n(%)	p	
HIV +	Alta Complexidade	Apto	31(68,9)	43(71,7)	74(70,5)	0,563	
		Pouco apto	10(22,2)	15(25)	25(23,8)		
		Não apto	3(6,7)	2(3,3)	5(4,7)		
	TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)			
Gravidez	Baixa Complexidade	Apto	42(93,3)	52(86,7)	94(89,5)	0,166	
		Pouco apto	2(4,4)	8(13,3)	10(9,5)		
		Não apto	0(0)	0(0)	0(0)		
	Média Complexidade	Apto	37(82,2)	47(78,3)	84(80)	0,224	
		Pouco apto	5(11,1)	12(20)	17(16,2)		
		Não apto	2(4,4)	1(1,7)	3(2,9)		
	Alta Complexidade	Apto	28(62,2)	39(65)	67(63,8)	0,396	
		Pouco apto	12(26,7)	19(31,7)	31(29,5)		
		Não apto	4(8,9)	2(3,3)	6(5,7)		
	TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)			
	Asma	Baixa Complexidade	Apto	38(84,4)	50(83,3)	88(83,8)	0,467
			Pouco apto	6(13,3)	10(16,7)	16(15,2)	
Não apto			0(0)	0(0)	0(0)		
Média Complexidade		Apto	34(75,6)	44(73,3)	78(74,3)	0,206	
		Pouco apto	9(20)	16(26,7)	25(23,8)		
		Não apto	1(2,2)	0(0)	1(1)		
Complexidade		Apto	24(53,3)	38(63,3)	62(59,1)	0,363	
		Pouco apto	16(35,6)	20(33,3)	36(34,3)		
		Não apto	4(8,9)	2(3,3)	6(5,7)		
TOTAL n(%)		45(100)	60(100)	105(100)			

Tabela 5.7 – Relação entre a variável “Grau de aptidão diante da complexidade de casos específicos de PNE” com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, p<0,05)

(Continua).

Casos específicos de PNE			IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	TOTAL n(%)	p	
Problemas Cardíacos	Baixa Complexidade	Apto	36(80)	49(81,7)	85(81)	0,510	
		Pouco apto	8(17,8)	11(18,3)	19(18,1)		
		Não apto	0(0)	0(0)	0(0)		
	Média Complexidade	Apto	34(75,6)	47(78,3)	81(77,1)	0,252	
		Pouco apto	10(22,2)	13(21,7)	23(21,9)		
		Não apto	0(0)	0(0)	0(0)		
	Alta Complexidade	Apto	24(53,3)	40(66,7)	64(60,9)	0,024	
		Pouco apto	16(35,6)	20(33,3)	36(34,3)		
		Não apto	4(8,9)	0(0)	4(3,8)		
	TOTAL n(%)			45(100)	60(100)	105(100)	
	Leucemia	Baixa Complexidade	Apto	28(62,2)	31(51,7)	59(56,2)	0,171
			Pouco apto	16(35,6)	22(36,7)	38(36,2)	
Não apto			1(2,2)	7(11,7)	8(7,6)		
Média Complexidade		Apto	18(40)	23(38,3)	41(39,1)	0,140	
		Pouco apto	25(55,6)	26(43,3)	51(48,6)		
		Não apto	2(4,4)	11(18,3)	13(12,4)		
Com idade		Apto	8(17,8)	18(30)	26(24,7)	0,046	
		Pouco apto	29(64,4)	24(40)	53(50,5)		
		Não apto	8(17,8)	18(30)	26(24,7)		
TOTAL n(%)			45(100)	60(100)	105(100)		
Distrofia Muscular		Complexidade	Apto	31(68,9)	31(51,7)	61(59)	0,061
			Pouco apto	14(31,1)	24(40)	38(36,2)	
	Não apto		0(0)	5(8,3)	5(4,7)		
	Média Complexidade	Apto	21(46,7)	23(38,3)	44(41,9)	0,179	
		Pouco apto	23(51,1)	30(50)	53(50,5)		
		Não apto	1(2,2)	7(11,7)	8(7,6)		

Tabela 5.7 – Relação entre a variável “Grau de aptidão diante da complexidade de casos específicos de PNE” com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, p<0,05)

(Continua).

Casos específicos de PNE			IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	TOTAL n(%)	p
Distrofia Muscular	Alta Complexidade	Apto	15(33,3)	17(28,3)	32(30,5)	0,200
		Pouco apto	25(55,5)	28(46,7)	53(50,5)	
		Não apto	5(11,1)	15(25)	20(19,1)	
	TOTAL n(%)		45(100)	60(100)	105(100)	
Síndrome de Down	Baixa Complexidade	Apto	38(84,4)	40(66,7)	78(74,3)	0,115
		Pouco apto	6(13,3)	18(30)	24(22,9)	
		Não apto	1(2,2)	2(3,3)	3(2,9)	
	Média Complexidade	Apto	25(55,5)	34(56,7)	59(56,2)	0,390
		Pouco apto	18(40)	20(33,3)	38(36,2)	
		Não apto	2(4,4)	6(10)	8(7,6)	
	Alta Complexidade	Apto	16(35,6)	17(28,3)	33(31,4)	0,461
		Pouco apto	22(48,9)	27(45)	49(46,7)	
		Não apto	7(15,5)	18(26,7)	23(21,9)	
	TOTAL n(%)		45(100)	60(100)	105(100)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Atinente a sentimentos e percepções, relatados pelos graduandos ao atenderem PNE durante a graduação, houve diferença entre as duas IES (TABELA 5.8), para impaciência com ($p=0,013$), alegria com ($p<0,001$), compaixão ($p=0,048$), empatia com ($p=0,013$), afeição com ($p=0,042$), receptividade com ($p=0,017$) e carinho com ($p=0,001$), em que os estudantes da IES 1 demonstram mais sentimentos e percepções positivas tais como alegria, compaixão, empatia, receptividade e carinho, do que os estudantes da IES 2.

Tabela 5.8 – Relação entre a variável “Sentimentos e percepções em atender PNE”, com graduandos de duas IES, $n=105$ (Qui-quadrado, $p<0,05$).

	IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	TOTAL n(%)	p
Impaciência				0,735
Sim	1(2,2)	2(3,3)	3(2,9)	
Não	44(97,8)	58(96,7)	102(97,1)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Vontade de proteger				0,013
Sim	19(42,2)	12(20)	31(29,5)	
Não	26(57,8)	48(80)	74(70,5)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Insegurança				0,821
Sim	23(51,1)	32(53,3)	55(52,4)	
Não	22(48,9)	28(46,7)	50(47,6)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Medo de mordedura				0,546
Sim	9(20)	15(25)	24(22,9)	
Não	36(80)	45(75)	81(77,1)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Alegria				<0,001
Sim	26(57,8)	7(11,7)	33(31,4)	
Não	19(42,2)	53(88,3)	72(68,6)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Medo de contaminação				0,546
Sim	3(6,7)	6(10)	9(8,6)	
Não	42(93,3)	54(90)	96(91,4)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Tristeza				0,398
Sim	2(4,4)	1(1,7)	3(2,9)	
Não	43(95,6)	59(98,3)	102(97,1)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	

Tabela 5.8 – Relação entre a variável “Sentimentos e percepções em atender PNE”, com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, $p < 0,05$). (Continua)

	IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	TOTAL n(%)	P
Compaixão				0,048
Sim	26(57,8)	23(38,3)	49(46,7)	
Não	19(42,2)	37(61,7)	56(53,3)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Nojo				***
Sim	0(0)	0(0)	0(0)	
Não	45(100)	60(100)	105(100)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Empatia				0,013
Sim	40(88,9)	41(68,3)	81(77,1)	
Não	5(11,1)	19(31,7)	24(22,9)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Repulsa				***
Sim	0(0)	0(0)	0(0)	
Não	45(100)	60(100)	105(100)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Angústia				0,929
Sim	5(11,1)	7(11,7)	12(11,4)	
Não	40(88,9)	53(88,3)	93(88,6)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Afeição				0,042
Sim	18(40)	13(21,7)	31(29,5)	
Não	27(60)	47(78,3)	74(70,5)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Dificuldade em atender				0,299
Sim	15(33,3)	26(43,3)	41(39,1)	
Não	30(66,7)	34(56,7)	64(61)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Impotência				0,501
Sim	9(20)	9(15)	18(17,1)	
Não	36(80)	51(85)	87(82,9)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Receptividade				0,017
Sim	23(51,1)	17(28,3)	40(38,1)	
Não	22(48,9)	43(71,7)	65(62)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Medo de acidente com perfuro-cortante				0,273
Sim	14(31,1)	13(21,7)	27(25,7)	
Não	31(68,9)	47(78,3)	78(74,3)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	

Tabela 5.8 – Relação entre a variável “Sentimentos e percepções em atender PNE”, com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, $p < 0,05$). (Continua)

	IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	TOTAL n(%)	p
Frustração				0,929
Sim	5(11,1)	7(11,7)	12(11,4)	
Não	40(88,9)	53(88,3)	93(88,6)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Carinho				0,001
Sim	30(66,7)	21(35)	51(48,6)	
Não	15(33,3)	39(65)	54(51,4)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Ansiedade				0,376
Sim	18(40)	19(31,7)	37(35,2)	
Não	27(60)	41(68,3)	68(64,8)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Dificuldade em se comunicar				0,817
Sim	17(37,8)	24(40)	41(39,1)	
Não	28(62,2)	36(60)	64(61)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Vontade de ajudar				0,094
Sim	34(75,6)	36(60)	70(66,7)	
Não	11(24,4)	24(40)	35(33,3)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Constrangimento				0,384
Sim	0(0)	1(1,7)	1(1)	
Não	45(100)	59(98,3)	104(99,1)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Pena				0,75
Sim	3(6,7)	5(9,1,7)	8(7,6)	
Não	42(93,3)	55(8,3)	97(92,4)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Coragem				0,134
Sim	13(28,9)	10(16,7)	23(22)	
Não	32(71,1)	50(83,3)	82(78,1)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Tranquilidade				0,83
Sim	9(20)	11(18,3)	20(19,1)	
Não	36(80)	49(81,7)	85(81)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Raiva				0,246
Sim	1(2,2)	0(0)	1(1)	
Não	44(97,8)	60(100)	104(99,1)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	

Tabela 5.8 – Relação entre a variável “Sentimentos e percepções em atender PNE”, com graduandos de duas IES, n=105 (Qui-quadrado, $p < 0,05$). (Continua)

	IES 1 n(%)	IES 2 n(%)	TOTAL n(%)	P
Nervosismo				0,138
Sim	19(42,2)	17(28,3)	36(34,3)	
Não	26(57,8)	43(71,7)	69(65,7)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	
Outro				0,246
Sim	1(2,2)	0(0)	1(1)	
Não	44(97,8)	60(100)	104(99,1)	
TOTAL n(%)	45(100)	60(100)	105(100)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Na comparação das matrizes curriculares das duas IES, a matriz da IES 1 (Quadro 5.1), além de ofertar em toda ela oportunidade de atendimento de casos clínicos odontológicos e um projeto de extensão, possui, principalmente, uma disciplina específica de Odontologia para PNE, de natureza obrigatória, com aulas teóricas e práticas, num total de 120 horas/aulas que, segundo seu coordenador, contemplam procedimentos de clínica geral, próteses e endodontia.

Já a IES 2, esta não oferta uma disciplina específica de PNE, mas um projeto de extensão e, de acordo com seu coordenador, a IES disponibiliza duas disciplinas em que o conhecimento de PNE é apresentado com aulas teóricas.

Quadro 5.1 – Estrutura curricular das IES 1 e IES 2, segundo relato dos coordenadores.

Requisitos pesquisados	IES 1	IES 2
<i>Possui disciplina específica de PNE na matriz curricular</i>	Sim	Não
<i>Se SIM, quantas disciplinas falam de PNE</i>	02 disciplinas	0
<i>Qual(s) Semestre (s) ela(s) acontece(m)</i>	PNE- 8º semestre OH- 5º semestre	0
<i>Natureza das disciplinas</i>	PNE – obrigatória OH- optativa	0
<i>Título das disciplinas</i>	PNE- Paciente com Necessidades Especiais OH- Odontologia Hospitalar	0
<i>Natureza das aulas</i>	Ambas teórico-práticas	0
<i>Carga horária</i>	PNE- 120h/a eOH- 80h/a	0
<i>Há outras disciplinas que tratam do tema PNE</i>	Sim	Sim
<i>Qual(s)</i>	Infantil II e as outras disciplinas do curso	Clínica Infantil II (8ºsem.) e Clínica IV (10º sem.)
<i>Natureza das aulas</i>	Teórico-prática	Teórica
<i>Existe projeto de extensão com conteúdo de PNE</i>	Sim	Sim
<i>Natureza do projeto de extensão</i>	Teórico-prático	Teórico-prático
<i>Carga horária</i>	8 horas semanais	8 horas semanais
<i>Nº de alunos do projeto de extensão</i>	10 alunos	22 a 30 alunos
<i>Semestre em que é(são) ofertado(s) o(s) projeto(s) de extensão</i>	A partir do 4º semestre	Do 8º ao 10º semestres
<i>Observações das Coordenadorias das IES</i>	A clínica de PNE contempla procedimentos em Dentística, Periodontia, Cirurgia, Prótese e Endodontia.	Admite a restrição da prática apenas aos projetos, mas afirma que haverá uma nova matriz curricular que contemplará duas disciplinas de PNE em semestres diferentes.

Fonte: Elaborado pela autora.

6 DISCUSSÃO

Há, atualmente, cerca de um bilhão de pessoas no mundo com algum tipo de deficiência ou limitação (OMS, 2012). No Brasil, este número chega a 24% da população com algum tipo de deficiência (IBGE, 2010). Estes indivíduos têm, cada vez mais, vivido períodos mais longos e, assim, necessitados de atendimento em várias áreas, inclusive odontológica. Desta forma, é imperioso que as instituições de ensino superior estejam engajadas no intuito de formar profissionais capacitados em atender e resolver a maioria dos problemas bucais deste público-alvo.

As DCN dizem que é necessário formar profissionais odontólogos generalistas, capazes de atender a maioria dos casos de necessidades odontológicas da população (MEC, 2002). Sabendo da prevalência de agravos à saúde que colocam uma parte considerável da sociedade como PNE, mostra-se necessário que os odontólogos sejam formados com competência para cuidar desta parcela da população.

O artigo 6 da Resolução CNE/CES n. 3, de 22 de junho de 2016, da Câmara de Educação Superior (CES) do CNE, que dispõe sobre normas referentes à revalidação de diplomas de cursos de graduação e ao reconhecimento de diplomas de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado), expedidos por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior, determina os conteúdos essenciais que as IES devam ter, mas existe independência das IES para criarem a sua própria programação curricular, garantida pela Lei nº 9.394, artigo 53 (BRASIL, 1996).

Porém, dentre os conteúdos essenciais, a Odontologia voltada para PNE não é citada, cabendo a cada IES decidir se introduz ou não este conteúdo em sua estrutura curricular. Assim, a necessidade de formação relacionada ao cuidado de PNE é interpretada pelas instituições de maneiras diferentes, onde algumas instituições compreendem que, para que o dentista generalista seja capaz de atender PNE, necessário se faz uma formação específica e, portanto, ofertam, em sua estrutura curricular uma disciplina obrigatória. Por outro lado, outras instituições entendem que o conteúdo de deficiências e agravos à saúde é visto dentro da sua estrutura curricular comum, de uma forma transversal e sem a necessidade da obrigatoriedade de uma disciplina específica na temática.

Os dois tipos de instituições estão alinhados com as DCN, mas não está claro se estes tipos de estruturas curriculares têm impacto no nível de preparação e no nível de disponibilidade destes egressos em atenderem o público de PNE em sua vida profissional. Na tentativa de elucidar esta questão, a presente pesquisa foi estruturada comparando discentes (último ano da graduação) de duas instituições com graduação odontológica, uma a IES1, com disciplina obrigatória de odontologia voltada para PNE, e a outra, a IES2, que afirma ter este conteúdo diluído nas disciplinas não específicas ofertadas no curso.

Observou-se, em linhas gerais, que os discentes das duas instituições sabem definir o que é um PNE e tiveram experiência em atender pacientes com estas características na graduação. Contudo, foi observado que, além de atenderem PNE em maior quantidade e em maior grau de complexidade, entre os diferentes tipos de PNE, os graduandos da IES 1, que possui a disciplina de Odontologia para PNE em sua estrutura curricular, se autoafirmam preparados e disponíveis para atender estes pacientes em detrimento dos discentes da IES 2, a qual não tem uma disciplina específica de PNE na sua estrutura curricular.

De acordo com Conceição et al. (2021), cerca de 45 a 70% das pessoas com deficiência têm dificuldade de acesso aos serviços odontológicos e uma das principais barreiras para este acesso é o despreparo do profissional para atender ao PNE, vindo esta incapacidade da lacuna na formação de cirurgiões-dentistas, devido à ausência de práticas de atendimento para PNE na graduação. Esta inabilidade do profissional formado em atender PNE é uma realidade em outros países, onde, no ensino da graduação, não é priorizado o paciente com necessidades.

Um estudo feito em instituições de ensino superior de medicina e odontologia nos Estados Unidos mostrou que mais da metade dos reitores destas instituições não achava necessário ter este tema em sua estrutura curricular, afirmando que seus egressos médicos e dentistas saíam aptos para o atendimento de PNE, porém, ao serem indagados sobre esta aptidão, a maioria dos formandos e graduados destas instituições afirmou não ter competência suficiente para o atendimento de PNE (HOLDER et al., 2009). O mesmo ocorre na Europa, onde o graduando em Odontologia só contempla 4 a 5% de sua formação acadêmica para o conhecimento dos PNE, considerado pobre o conteúdo teórico-prático pela maioria dos discentes (AMARAL et al., 2011).

Devido a autonomia pedagógica, algumas instituições que decidem não priorizar uma disciplina de PNE em suas matrizes curriculares tendem a ofertar estágios de vivência e/ou projetos de extensão, no intuito de reduzir a carência de conhecimento teórico-prático do formando sobre a saúde bucal do PNE, como assinalam Amaral et al. (2011).

Na presente pesquisa, quando os formandos foram perguntados sobre terem feito algum projeto de extensão para atendimento odontológico de PNE, a maioria dos alunos da IES 1 (77,8%) relatou que não fez, ao passo que uma menor parcela dos que estudaram na IES 2 (35%) relatou ter participado de algum projeto de extensão optativo para PNE. Há a possibilidade de que a baixa procura dos discentes da IES1 por projetos de extensão se dê por já terem a disponibilidade do acesso a este atendimento na disciplina para PNE, que é obrigatória para esta Instituição. Jacomine et al. (2018), afirmam que a pouca procura aos projetos de extensão se dá pelo fato de terem caráter optativo.

Exercer uma Odontologia de qualidade ao PNE é ser capacitado no manejo comportamental, ter conhecimento de suas limitações e deficiências e ser capaz de resolver seus problemas odontológicos nos diferentes níveis de complexidade. Cerca de 80% dos PNE que necessitam de atendimento odontológico podem ser tratados em um consultório não especializado onde, além dos conhecimentos técnicos, o cirurgião-dentista necessita ter habilidades para o manejo e senso humanitário (NUNES et al., 2019).

Necessário se faz, então, que o discente tenha, o mais precoce e intensamente possível, a experiência em atender na sua graduação o PNE, para que, cada vez mais, surjam profissionais habilitados no manejo deste público e seja reduzida a extrema carência de tratamento odontológico para estes pacientes. O fato dos formandos da IES 1 terem realizado maior número de atendimento a este público-alvo, além de se sentirem mais preparados para realizar atendimentos mais complexos, ratifica que a existência desta disciplina no currículo da graduação favorece o melhor preparo dos graduandos em relação ao PNE.

A necessidade de ter contato com o conhecimento sobre a temática parece estar presente entre os estudantes das duas IES pesquisadas, pois, ao serem questionados sobre a obrigatoriedade ou não de uma disciplina específica para PNE, a maioria acha que deve ser obrigatória na estrutura curricular do curso da graduação.

Em pesquisa realizada com estudantes e professores do curso de Odontologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sobre a inclusão de atendimento a PNE no ensino de graduação, Conceição et al. (2021), verificaram que a maioria dos entrevistados apoia a inclusão de disciplina de PNE na estrutura curricular do curso.

Para Santos e Hora (2012), a implantação da disciplina para PNE na graduação melhora o aprendizado dos alunos, pois o que se observa é que muitos cursos de Odontologia dedicam poucas horas para discutir o tema das deficiências, insuficiente para que o discente desenvolva habilidade e segurança necessárias para o cuidado do PNE.

Neste estudo, a percepção da maioria dos discentes das duas instituições é que não há um bom acesso do PNE ao tratamento odontológico, contudo, os formandos da IES 1 parecem mais sensíveis às barreiras enfrentadas por este público para acesso ao atendimento odontológico, destacando os discentes das duas IES, como as maiores dessas barreiras, o baixo número de profissionais habilitados (84,8%) e o fator financeiro (56,2%).

Em concordância com o estudo de Queiroz et al. (2014) e Fragoso et al. (2021), a maioria dos discentes veem a dificuldade financeira como impedimento ao acesso do serviço odontológico, no entanto, observando separadamente cada IES, houve opiniões contraditórias, onde a maior parte dos estudantes da IES 1 apontou o recurso financeiro como barreira de acesso enquanto a parcela maior da IES 2 não considerou esse fator como limitador para o respectivo acesso.

No trabalho de Queiroz et al. (2014), a baixa renda familiar é apontada como fator limitador do acesso ao serviço odontológico. Isso ficou demonstrado através do estudo com 74 PNE, onde foi observado que 43,9% das famílias viviam unicamente com um salário mínimo e 100% das famílias estavam classificadas como classe baixa.

Fragoso et al. (2021), em pesquisa realizada com cuidadores de pacientes com Síndrome de Down de um centro de referência pública em habilitação, reabilitação física, intelectual, visual e auditiva com atendimento multidisciplinar localizado no Estado da Paraíba, relataram que 71,4% destes pacientes têm renda familiar de um a dois salários mínimos.

Marra e Miasato (2008), perceberam que quanto melhor a escolaridade e o poder econômico dos pais, menor o índice de placa visível e

maior o grau de percepção da qualidade do tratamento odontológico que seus filhos especiais estavam recebendo, concluindo, então, que o nível socioeconômico dos pais tem influência na saúde bucal dos filhos.

A acessibilidade geográfica é a distância ou o tempo de viagem física até o ponto de prestação de serviços para o usuário (PETERS et al., 2008). Estas, assim como as barreiras arquitetônicas, como a presença de degraus, a falta de corrimãos, rampas e salas de espera inadequadas, são apontadas na literatura como fatores que existem e dificultam a vida dos que têm limitações de locomoção (SIQUEIRA et al., 2009).

Martins et al. (2016), executaram um *checklist* fundamentado na Norma Brasileira da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT/NBR), de acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, ABNT NBR 9050:2020, em 90 Unidades de Saúde da Família (USF), do Município de João Pessoa, Paraíba, quanto ao acesso de pessoas com deficiência física e/ou sensorial. O resultado demonstrou que menos da metade dos prédios pesquisados tinham rampa de acesso, muitos dos acessos se davam por escadaria com ou sem corrimão e apenas 18% das portas corrediças tinham trilhos rebaixados.

Neste estudo, estas barreiras foram consideradas de formas diferentes entre as duas IES, sendo os alunos da IES 1 mais sensíveis (44,4%) que os da IES 2 (18,3%) ao identificarem estas barreiras.

Reis et al. (2009) e Castro et al. (2011), concordam que não só para os PNE, mas para o público em geral, as distâncias geográficas podem dificultar o acesso, por vezes, necessitando de acompanhantes para se conseguir chegar ao local do serviço de saúde. Ressaltam a importância de políticas públicas e que locais de atendimento aos PNE (públicos e/ou privados) levem em consideração estas questões, adequando-se às necessidades destes pacientes.

Ao serem questionados se existem poucos profissionais habilitados para o atendimento de PNE, a maioria dos discentes das IES 1 e 2 concordaram ser este um ponto dificultador de acesso daqueles ao serviço odontológico. Apesar da especialidade de Odontologia para Pacientes Especiais já ser uma realidade na pós-graduação odontológica, ainda é um fato relevante que não existem dentistas habilitados em número suficiente para atender a demanda populacional de PNE (SILVA; GOES, 2021; MORETTO et al., 2014; BARROS et al., 2013).

Santos et al. (2020), afirmam que há poucos dentistas habilitados no Brasil para atender pacientes com Síndrome de Down e que, pelo pouco conhecimento das características orais destes pacientes, os odontólogos tendem a oferecer um tratamento inadequado a esta condição.

A falta de colaboração da família do PNE não foi apontada pela maioria dos graduandos das duas IES investigadas como fator limitador de acesso ao tratamento odontológico, porém, não é o que afirma a literatura (BATISTA; FRANÇA, 2007; PEREIRA et al., 2010; BORSATTO et al., 2014; MORETTO et al., 2014; HARTWIG et al., 2015).

Fatores como baixa estima em relação à criança e pouca expectativa pelo seu desenvolvimento, desencorajam os pais a procurar o serviço odontológico. A família de uma criança com limitações passa por mudanças nos padrões e no funcionamento do seu lar, assim, o comportamento dos pais em relação à criança PNE vai da superproteção à rejeição da mesma (MORETTO et al., 2014). Um exemplo da falta de engajamento dos pais com o cuidado bucal da criança com deficiência é o que ocorre com muitas crianças infectadas pelo HIV, onde a saúde bucal não é considerada uma prioridade para a maioria dos pais e/ou cuidadores (BATISTA; FRANÇA, 2007; BORSATTO et al., 2014).

É possível que essa falta de colaboração por parte do cuidador do PNE se dê pelo fato de que, ao manejar o paciente, este apresente comportamento agressivo, dificuldade motora, falta de interesse e de cooperação (HARTWIG et al., 2015). O dentista deverá ter o interesse de entender como é o funcionamento da família do paciente que está atendendo, para que, havendo a necessidade, possa interferir e oferecer a melhor qualidade do tratamento que está executando no PNE (PEREIRA et al., 2010). Estes fatores devem ser compreendidos pelo profissional, que buscará melhorar a qualidade de vida destes pacientes e, conseqüentemente, de sua família.

Neste estudo, os discentes da IES 1 se reconhecem com maior nível de conhecimento que os da IES 2 em relação ao PNE na Odontologia. Acredita-se que este fato se deu pela maior exposição dos alunos da IES 1 a esta parcela da população, haja vista que estes alunos também referiram, em maior frequência, acreditar que a graduação lhes deixou aptos a atender PNE pós-formatura, em diferentes níveis de complexidade (e.g., exame clínico, procedimentos preventivos e restauradores), já que executaram mais procedimentos que os da IES 2 durante

sua graduação.

Também, observou-se uma tendência ($p < 0,1$) dos alunos da IES 1 se sentirem mais preparados para atender PNE e realizar procedimentos cirúrgicos. Estes dados apontam para um achado muito importante, qual seja, alunos que são expostos à disciplina de PNE durante sua formação exercem mais atendimentos e sentem-se mais preparados e dispostos a atender estes pacientes após formatura, independentemente do nível de complexidade.

Silva e Góes (2021), afirmam que a ausência de uma disciplina específica para pacientes com deficiência, permite que se desenvolvam medos e anseios nos graduandos, os quais levarão estes temores à vida profissional, limitando-os quanto ao atendimento do PNE.

Sabe-se que o atendimento de PNE, em nível de graduação, proporciona aos alunos mais que apenas técnicas odontológicas preventivas e curativas, pois avança em experiências com outras ciências, como as das relações interpessoais, consideradas essenciais para a formação do aluno como indivíduo (PORTOLAN et al., 2017).

Assim, é possível afirmar que os alunos da IES 1, ao serem expostos ao PNE em sua graduação, qualificam-se, profissionalmente e como indivíduos na sociedade, de forma superior aos alunos da IES 2. A maior parte dos alunos das duas IES afirmou ter interesse em aperfeiçoar seus conhecimentos sobre PNE e, também, estão de acordo, entre si, que é necessário mais conhecimento teórico e prático para melhorar o atendimento deste público na graduação.

Esta conclusão corrobora com a pesquisa feita por Gabaldo et al. (2020), com cirurgiões-dentistas e acadêmicos de Odontologia de uma IES do Estado de Rondônia que apontou que os formandos não se sentiam completamente aptos ao atendimento dos PNE no que se referia a conduta, atitudes, conhecimento e segurança na execução de procedimentos odontológicos, desejando melhorar a sua formação educacional sobre esses temas.

Pontanegra et al. (2017), ao analisar os conhecimentos pertinentes ao uso de anestésicos e vasoconstritores em PNE de alunos da graduação em Odontologia de três instituições, observaram que aqueles estudantes que atendiam em clínica-escola acertaram mais os questionários de pesquisa do que os que não atendiam. Concluíram que o conhecimento dos alunos, em geral, estava abaixo do esperado, acerca da indicação correta do anestésico local para pacientes com co-

morbidades, como asma, diabetes, gestantes, entre outros, indicando que este achado possa estar relacionado à escassez de aulas teóricas complementares à prática clínica.

A primeira visita ao dentista pela criança, sendo ela deficiente ou não, deve ser encorajada pelo médico que faz o seu acompanhamento. Nesta fase, a criança e os pais estão mais susceptíveis a assimilar cuidados preventivos quanto à saúde bucal. Muitas vezes, a demora nestes primeiros atendimentos pode levar ao surgimento de problemas mais sérios.

Oliveira e Giro (2011), relatam que pode haver negligência do profissional médico que avalia inicialmente a criança com deficiência, não a encaminhando à avaliação odontológica. Martins et al. (2013), afirmam que há, também, relato de que familiares do PNE não consideram importante o cuidado em saúde bucal destes pacientes, como parte do bem estar geral.

Acredita-se, também, que o paradigma de que o paciente deficiente deve ser tratado apenas no âmbito hospitalar e com anestesia geral, devido ao seu comportamento, por vezes, difícil, deve ser quebrado, é o que afirma a literatura. Moretto et al. (2014), afirmam que a inclusão social do PNE é da responsabilidade dos profissionais de saúde envolvidos em seu atendimento, tendo valor significativo os programas de prevenção e de inclusão social de várias instituições de ensino que estimulam o conjunto paciente, família, sociedade e o aluno da graduação, formando uma importante política de humanização.

Como exemplo, Castilho et al. (2014), relatam o cotidiano de um projeto de extensão firmado pela parceria de uma universidade pública do Estado de Minas Gerais com um centro neuro-reabilitador e uma escola de ensino especial, onde graduandos de Odontologia da citada universidade se disponibilizaram a participar do projeto (já que é optativo). Foi realizado atendimento odontológico de indivíduos com necessidades especiais e uma variedade de procedimentos ambulatoriais, como raspagem sub e supragengivais, restaurações atraumáticas, amálgamas, resinas, exodontias de dentes decíduos e permanentes, drenagens de abscessos periapicais, frenectomias, ulotomias e orientação de saúde bucal. Estes relatos comprovam que é possível atender pacientes PNE ambulatorialmente, sendo necessário a utilização de anestesia geral apenas em casos de maior complexidade. Volquind et al. (2020), enfatizam a ideia de que a ausência de disciplinas que priorize o atendimento odontológico ao PNE em cursos de graduação em Odontologia do Brasil é o que

causa as dificuldades encontradas para o tratamento destes pacientes na sociedade. O preparo destes profissionais desde a graduação os tornará sensíveis, tecnicamente capazes e dispostos a atender o PNE nas suas variadas complexidades.

O autismo foi relatado com maior frequência entre os pacientes atendidos pelas IES 1 e 2. Crianças autistas representam, por vezes, um desafio, tanto para os pais quanto para o profissional dentista, pois é necessário conquistar a confiança da criança e dos pais, ter habilidade necessária e paciência para o atendimento, já que, frequentemente, elas se opõem aos comandos dados, tendo comportamento repetitivo e limitado. O atendimento do paciente autista é complexo, no entanto, ele pode ser atendido no consultório, sem a necessidade de contenção e sem estresse, visto que todo dentista é apto para realizá-lo, desde que se habilite adequadamente para isto (SANT'ANNA et al., 2017).

Pacientes diabéticos também foram bastante atendidos pelos estudantes das duas IES pesquisadas, constituindo-se a segunda deficiência mais prevalente. No entanto, mais uma vez, os estudantes da IES 1 tiveram maior experiência de atendimento do que os da IES 2. Dentre as manifestações bucais desta doença, Oliveira et al. (2016), citam redução do fluxo salivar, halitose, cárie e tártaro, síndrome boca ardente e presença de infecções bucais, como candidíase, líquen plano e leucoplasia. Concluíram que o profissional dentista, ao atender um paciente diabético, deverá estar a par de sua história médica e monitorar os níveis de glicose, sendo o melhor horário da consulta odontológica o período da manhã, em que os níveis de insulina atingem seu maior pico de secreção, reduzindo, assim, o risco de uma hipoglicemia.

Pacientes com Paralisia Cerebral (PC) foram mais atendidos na IES com disciplina de PNE. Este achado corrobora com o estudo de Previtalli et al. (2012), que descreveram que pacientes com PC foram os mais atendidos dentro de uma disciplina de Odontologia para PNE de uma IES privada, seguidos de diabéticos e pacientes com síndromes mal formativas.

Castro et al. (2010), avaliaram prontuários do Setor de Pacientes Especiais (SEPAE), do Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (HO-UFU), no período de 2006 a 2007, de pacientes assistidos em centro cirúrgico sob anestesia geral. Foi observado que os pacientes com PC foram o de maior número, seguidos de deficientes mentais e portadores de síndromes,

podendo-se inferir que, dentro de uma disciplina específica, voltada para o atendimento odontológico de PNE, há maior oportunidade de se ter uma experiência de atendimento e aprendizado das diferentes deficiências.

Foi investigado junto aos graduandos das IES 1 e 2 o atendimento de pacientes cardíacos. Foi possível observar que os graduandos da IES 1 atenderam mais pacientes cardiopatas do que os da IES 2. As cardiopatias são uma das doenças mais frequentes no mundo, por isso, é demasiadamente comum o dentista receber pacientes cardiopatas em seu consultório, devendo, então, estar apto a estes atendimentos. Ademais, para Barros et al. (2011), entendem que o dentista necessita de conhecimento em atendimentos emergenciais, devido a possibilidade da ocorrência de complicações, como uma parada cardiorrespiratória, por exemplo. O despreparo dos profissionais dentistas no Brasil em relação ao atendimento emergencial de um cardiopata, se dá, possivelmente, na falha na formação acadêmica da maioria das faculdades de Odontologia, por não apresentarem uma disciplina específica para pacientes com esta necessidade.

Em se tratando da criança cardiopata, ocorre uma diversidade de condições médicas que variam com a faixa etária, do recém-nascido ao adolescente. Volschan et al. (2008), afirmam que as crianças cardiopatas, de maneira geral, possuem uma variedade de problemas de saúde bucal por hábitos inadequados de higiene bucal, dietas cariogênicas e poucas visitas ao dentista, visto que os pais, frente às condições sistêmicas da criança, não priorizam o atendimento odontológico.

Nesta pesquisa, apesar de não apresentarem relevância estatística, os portadores de HIV foram atendidos em boa quantidade pelos estudantes das duas IES. Ficou demonstrado que crianças com o vírus HIV tendem a ter mais cáries, quando comparadas com crianças sem o vírus. Marçal et al. (2018), explicam que usualmente, as crianças portadoras de HIV fazem uso de um grande número de medicação para o controle da doença e, em sua maior parte, têm alto teor de açúcares, o que leva, também, à diminuição do fluxo salivar, sem contar que estes pacientes precisam ter uma dieta calórica rica em carboidratos, por apresentarem imunidade baixa, o que favorece às doenças bucais, higiene dental deficiente e à falta de acesso a informações e ao tratamento odontológico. Adicionalmente, o odontólogo tem uma valiosa importância na descoberta da doença da Síndrome da

Imunodeficiência Humana (AIDS) no paciente, ao identificar lesões bucais como primeiros sinais da enfermidade e, portanto, deve estar atento ao realizar exame clínico minucioso e preparado a atender pacientes portadores do vírus HIV.

A higiene bucal deficiente tem sido considerada como um dos maiores problemas de saúde bucal em alguns PNE. Ela está diretamente relacionada ao quadro clínico do paciente, já que indivíduos com problemas de inteligência e motricidade, por exemplo, apresentam higiene bucal comprometida. São pessoas que, geralmente, fazem uso de medicamentos anticonvulsivantes e, por terem dificuldade de mastigação e deglutição, retêm, constantemente, os alimentos na boca, gerando um acúmulo de biofilme dental. São indivíduos sem coordenação motora adequada que colabore na higiene bucal satisfatória, necessitando, em alguns momentos, exclusivamente, da ajuda de outra pessoa para executá-la para si (SAMPAIO et al., 2004; MENEZES et al., 2011).

A maioria dos graduandos das duas IES afirmaram realizar procedimentos restauradores, contudo, mais uma vez, este número foi maior na IES com disciplina específica para PNE. Estes alunos também apresentaram maior tendência ($p < 0,1$) a realizar mais procedimentos cirúrgicos, sendo alta a demanda para estes tipos de procedimentos nesta população. Estes achados corroboram o estudo de Pereira et al. (2010), que relatam que a maioria dos atendimentos são em ambulatório e apenas 3% dos pacientes especiais são atendidos sob anestesia geral.

Previtali et al. (2012), analisando 628 prontuários de pacientes atendidos na clínica da disciplina de Odontologia para PNE de uma IES privada, observou que os procedimentos restauradores foram mais prevalentes (54,1%). Evidenciaram também que o número de procedimentos cirúrgicos se sobrepôs aos endodônticos, traduzindo, possivelmente, a dificuldade de manejo e a falta de cooperação do paciente especial para a realização da endodontia.

Estudo semelhante feito por Castro et al. (2010), destacou grande quantidade de tratamento cirúrgico-restaurador em 119 prontuários de PNE assistidos com tratamentos realizados. Concluíram que a não inclusão da abordagem de PNE nos currículos de algumas instituições e a falta de integração multidisciplinar entre os profissionais levam à dificuldade e/ou ausência odontológica a estes pacientes.

Ao serem indagados sobre o nível de conhecimento em relação a determinadas necessidades especiais peculiares, os alunos da IES com disciplina específica para PNE demonstraram ter melhor nível de conhecimento que os alunos da IES sem a disciplina, em uma série de casos, quais sejam: Autismo, Paralisia Cerebral, Epilepsia, Deficiência Mental/Intelectual, Distúrbios Psiquiátricos, Mudos, Leucemia e Distrofia Muscular. Isto demonstra que, ao expor o aluno da graduação aos conhecimentos teóricos e práticos do PNE e suas características de saúde geral e odontológica, este estudante se percebe mais conhecedor, seguro e preparado para atender o PNE em seus consultórios, quando se formar.

Esta afirmação corrobora com os achados de Watters et al. (2015), ao realizarem estudo com graduandos do quarto ano de Odontologia de uma faculdade de Nova York, que tiveram a experiência de tratar PNE e de falar sobre suas condições de saúde por um determinado período de tempo. Os resultados foram estatisticamente satisfatórios quanto à autoavaliação e autoeficácia destes discentes, que demonstraram, após esta experiência com PNE, a vontade de atendê-los no futuro e, também, que o atendimento pode ser realizado em consultório particular.

O profissional habilitado para atender um PNE deverá ter o conhecimento adequado para compreender e diagnosticar os sinais e sintomas da complexidade presente no paciente especial, bem como, das possíveis complicações que possam ocorrer durante uma intervenção odontológica. Como exemplo, o paciente portador de distúrbios neuropsicomotores, o qual geralmente possui alto índice de cárie, gengivite e periodontopatia, se o dentista estiver capacitado, poderá conhecer este paciente com suas características, para saber como conduzir, da forma mais eficaz, o seu atendimento (ABREU et al., 2009). O mesmo ocorre com as doenças emergentes como a Síndrome Congênita do vírus Zika, que afeta os nascidos de mães infectadas durante a gestação, causando nos bebês, muitas complicações que podem vir associadas ou não com o quadro de Microcefalia; desta maneira, necessitam de um plano de tratamento seguro das equipes de saúde bucal, devido ao alto risco de cárie e doença periodontal (SIQUEIRA et al, 2018; CAVALCANTI, 2017), o dentista necessita portanto ser capacitado para oferecer o melhor possível para estes pacientes.

Andrade e Eleutério (2015), concordam que, tendo sua deficiência conhecida amplamente pelo profissional antes do seu atendimento, o paciente es-

pecial receba dignidade para melhor qualidade de vida. Para este preparo do profissional, recomendam que as IES devem se empenhar em promover conhecimentos adequados a seus graduandos, para que possam realizar um atendimento correto ao PNE.

Saber lidar com o comportamento do PNE durante o procedimento odontológico é um dos maiores desafios no seu atendimento (PEREIRA et al., 2010). Para que este procedimento seja melhor executado, existem técnicas de abordagem que beneficiam o tratamento odontológico, controlam a dor, a ansiedade, o medo e facilitam a comunicação entre o profissional e o paciente (CASTILHO et al., 2014). Esta experiência envolvendo teoria e prática será melhor vivenciada e aproveitada dentro de uma disciplina voltada para o PNE, já que nela se encontram professores capacitados na área, dando o suporte e o apoio necessários, que proporcionarão maior conforto e segurança aos alunos para aprenderem, sem medos ou receios, de como lidar com este grupo de pacientes (FERREIRA et al., 2017).

Na experiência relatada pelos discentes das IES 1 e 2 desta pesquisa quanto à aptidão adquirida na sua graduação em atender casos específicos de PNE, pode-se observar que aqueles alunos que tiveram a oportunidade de ter uma disciplina específica se autoafirmaram com maior aptidão para resolver os casos dos pacientes, nos diferentes graus de complexidade de atendimento, tendo relevância estatística para os pacientes autistas, paralisia cerebral, epilepsia, deficiência mental e distúrbios psiquiátricos. A experiência de um atendimento odontológico exclusivo voltado para o indivíduo com doenças ou condições limitantes dá a oportunidade ao aluno de obter segurança, sensibilidade e técnica que o fará um profissional mais capacitado.

Esta conclusão condiz com os achados de Santos e Hora (2012), que relataram que os alunos que não têm um maior contato com o tema “pacientes especiais” se tornarão profissionais inseguros e incapazes para o atendimento. Os autores defendem a inclusão de uma disciplina voltada exclusivamente para PNE, com a introdução dos casos mais complexos para ampliar a experiência dos graduandos.

Macedo et al. (2018), comentam que ainda ocorre entre os dentistas o receio de não se sentirem capazes de atender um PNE quando este chega em seus consultórios e, portanto, eles o transferem para outro profissional, atitude essa que

pode gerar consequências negativas à saúde bucal do paciente. Afirmam, também, que este comportamento se deve à falta de conhecimento de como atender adequadamente um PNE.

Este fato foi comprovado por Barros et al. (2013), ao analisarem o perfil dos cirurgiões-dentistas do Estado de Sergipe que atendiam PNE em seus consultórios. Em seus achados, verificaram que apenas 32,5% destes profissionais receberam capacitação em Odontologia para PNE na faculdade, não por disciplina específica, mas por outras disciplinas, como a odontopediatria e, mesmo assim, este conhecimento foi referido como insuficiente. A quase totalidade dos dentistas pesquisados eram favoráveis à inclusão da disciplina de PNE na estrutura curricular do curso de graduação em Odontologia.

Porto et al. (2022), são otimistas ao afirmarem que capacitar e conscientizar os acadêmicos da realidade social destes pacientes tornarão estes alunos futuros profissionais envolvidos na prática da cidadania e do cuidado da saúde do PNE. Os autores realizaram um estudo com acadêmicos de Odontologia de uma IES na cidade de Palmas, no Tocantins, em que, através de um programa de prevenção e promoção de saúde bucal, os alunos atenderam PNE e constataram que as dificuldades no tratamento odontológico podem ser transpostas com conhecimento, confiança, paciência e dedicação. Ademais, ratificam a necessidade de uma disciplina voltada para o atendimento de PNE, por entenderem ter grande relevância clínica e social.

O atendimento odontológico do PNE requer muito mais do que técnica do profissional, tendo que desenvolver habilidades que ultrapassam o conhecimento científico do mesmo, como afirmam Castilho et al. (2014). O estudo realizado por esses autores foi baseado na análise das experiências dos alunos de graduação em Odontologia de um projeto de extensão que atendia pacientes com limitações. Observaram que, no citado projeto, procurava-se trabalhar a importância do desenvolvimento da empatia e da responsabilidade do profissional dentista para com o paciente e seus familiares. Assim, desenvolveram formas de comunicação verbal, adequando-a para interação junto a crianças, adolescentes e adultos, assim, também, a comunicação não verbal (observando o volume de voz e a postura corporal, contato visual e toque).

Para Moraes et al. (2006), se houver disposição, somada a uma capacitação mínima, o aluno se sente motivado a atender pacientes especiais e

conseguirá constatar que a maioria das dificuldades que ele enfrenta neste atendimento pode ser superada no processo de atuação, especialmente, se estiver sob supervisão qualificada, tornando-se este aluno um agente promotor de ações de inclusão.

Medos, inseguranças e dificuldades são impressões sentidas pelos discentes nos primeiros atendimentos realizados a um PNE e devem ser superadas. Tais impressões tendem a diminuir com o tempo e, geralmente, observa-se a busca por parte do aluno de informações, conhecimento e predisposição ao atendimento, como relatam Ferreira et al. (2017), afirmando que é fundamental que o aluno aprenda a lidar com suas próprias emoções, para que o atendimento seja resolutivo.

Nesta pesquisa, os alunos das IES 1 e 2 relataram sentimentos e percepções positivos e negativos, tendo relevância estatística para a alegria, compaixão, vontade de proteger, empatia, afeição, carinho e receptividade. Tais sentimentos são opostos à insegurança, sentimento negativo mais citado pelos estudantes pesquisados. No atendimento de pacientes com deficiência, os graduandos se deparam com os próprios sentimentos de medos, inseguranças, tristezas e dificuldades, mas têm a consciência da responsabilidade de ter que executar este atendimento da melhor forma possível, com respeito e amor para com um paciente que necessita de atenção e não de mais traumas (MORAES et al., 2006; AMARAL et al., 2011). A insegurança também foi relatada, juntamente com o medo de mordedura, como as experiências mais sentidas pelos alunos ao atenderem pacientes especiais (BARROS; CUNHA, 2018).

Na pesquisa de Santos e Hora (2012), os estudantes entrevistados relataram sentir vontade de ajudar e de estudar mais sobre o paciente especial. Concluíram que há a necessidade de intensificar e diversificar as abordagens sobre o atendimento odontológico do PNE dentro das faculdades de Odontologia, bem como, a inserção de uma disciplina específica, que contemple o atendimento e o aprendizado sobre estes pacientes especiais.

Apesar dos avanços na temática, este estudo não ocorreu sem limitações. A coleta se deu durante a pandemia da doença por Coronavírus 19 (COVID-19), o que pode ter influenciado na participação de alguns discentes. Ademais, por ter-se realizado a presente pesquisa em apenas duas instituições de um município, limita-se a generalização dos dados para todas as IES.

7 CONCLUSÃO

Na percepção da maioria dos discentes das duas instituições, não há um bom acesso do PNE ao tratamento odontológico. Quando as causas desta dificuldade de acesso foram questionadas, as barreiras mais identificadas nas duas IES foram o baixo número de profissionais habilitados e as barreiras financeiras. Barreiras geográficas e arquitetônicas foram consideradas de formas diferentes entre as duas IES, sendo os alunos da IES 1 mais sensíveis que os da IES 2 ao as identificarem.

Em linhas gerais, os discentes das duas instituições compreendem o que é ser um PNE e tiveram alguma experiência em atender pacientes com estas características na graduação. Contudo, foi observado que os discentes da IES 1, que possui a disciplina de odontologia para PNE em sua estrutura curricular, atendem um número maior de PNE e desenvolvem este atendimento com maior complexidade. Ademais, os graduandos da IES 1 se reconhecem com maior nível de conhecimento e mais preparados e, portanto, mais disponíveis a atender estes pacientes do que os discentes da IES 2, a qual não tem uma disciplina específica de PNE na sua estrutura curricular.

Os alunos que tiveram a oportunidade de ter uma disciplina em OPNE, autoafirmaram-se com maior aptidão para resolver os casos dos pacientes nos diferentes graus de complexidade de atendimento, tendo relevância estatística para os pacientes autistas, paralisia cerebral, epilepsia, deficiência mental/intelectual e distúrbios psiquiátricos. O fato dos formandos da IES 1 terem realizado maior número de atendimento a este público-alvo, além de se sentirem mais preparados para realizar atendimentos mais complexos, ratifica que a existência desta disciplina no currículo da graduação favorece o melhor preparo dos graduandos em relação a este público.

A maioria dos alunos das duas instituições afirmou ter interesse em aperfeiçoar seus conhecimentos sobre PNE. Estes concordam que é necessário o desenvolvimento, na graduação, de mais conhecimentos teóricos e práticos, relacionados ao atendimento deste público, sendo que a maior parcela, nas duas IES, acha que a disciplina OPNE deve ser obrigatória na estrutura curricular da graduação.

REFERÊNCIAS

ABREU, K. C. S.; FRANCO, S. B. O.; CALHEIROS, P. R. Abordagem odontológica para pacientes portadores de distúrbios psicomotores. **Revista Científica Facimed**, Cuiabá, v. 1, n. 1, 2009.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Recognizing flexner: an inquiry into the production of myths in medical education contemporary Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dez. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200003>.

AMARAL, C. O. F.; AQUOTTE, A. P. C.; AQUOTTE, L. C.; PARIZI, A. G. S.; OLIVEIRA, A. Avaliação das expectativas e sentimentos de alunos de odontologia frente ao atendimento de pacientes com necessidades especiais. **RFO**, Passo Fundo, v.16, n. 2, p. 124-129, mai./ago. 2011.

ANDRADE, A. P. P.; ELEUTÉIO, A. S. L. Pacientes portadores de necessidades especiais: abordagem odontológica e anestesia geral. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n.1-2, p. 66-69, jan./jun. 2015.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P.C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, [s.l.], v. 44, n. 2, p. 360-365, 2010. DOI: <https://DOI.org/10.1590/S0034-89102010005000002>.

BARBOSA, H. J. C.; AGUIAR, R. A.; BERNARDES, H. M. C.; JUNIOR, R. R. A.; BRAGA, D. B.; SZPILMAN, A. R. M. Perfil clínico epidemiológico de pacientes com perda auditiva. **J Health Biol. Sci.**, [s.l.], v. 6, n. 4, p. 424-430, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v6i4.1783.p424-430.2018>.

BARROS, A. L. O.; HOPA, I. A. A.; SANTOS, M. T. B. R. Análise do perfil do Profissional cirurgião-dentista que atende pacientes com necessidades especiais. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.15, n. 3, p.38-44, jul./set. 2013.

BARROS, B. C.; CUNHA, D. P. Desafios no atendimento ao paciente portador de necessidades especiais em uma clínica escola. **Id on Line, Rev. Mult. Psic.**, [s.l.], v.12, n.42, p. 919-932, 2018.

BARROS, M. N. F. F.; GAUJAC, C. TRENTO; ANDRADE, M.C.V. Tratamento de Pacientes cardiopatas na clínica odontológica. **Rev. Saúde Pesq.**, [s.l.], v. 4, n.1,p.109-114, jan./abr. 2011.

BATISTA, S. M; FRANÇA, R.M. Familiares de pessoas com deficiência: desafios e superação. **Revista de Divulgação Técnico-Científica do ICPG.**, [s.l.], v. 3, n. 10, p.117-121, jan./jun. 2007.

BONATO, L. L.; LOPES, A. M. S.; SILVA, C. M.; ITNER, R. G.; SILVA, A. C. H. Situação atual da formação para assistência de pessoas com necessidades especiais. **ClipeOdonto – UNITAU**. Arquivos, [s.l.], v.5, n.1, p.10-15, 2013.

BORSATTO, M. C.; CIAMPONI, A. L.; FERREIRA, M. C. D.; TORREALBA, M. G. A. RAMOS, G. T. ; DE MOURA, A. M. ; MEDICI, S.; KRÄMER, S.; SCAGNET, G. Atendimento odontológico em pacientes com necessidades especiais. **Rev. Odontoped. Latinoam.**, [s.l.], v. 4, n. 2, p.23-31, 2014. Disponível em: <https://backup.revistaodontopediatria.org/ediciones/2014/2/art-6/>. Acesso em: 02 abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.47990/alop.v4i2.23>.

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. Odontologia para pacientes com necessidades especiais: mais do que uma especialidade, um ato de amor à vida. **Assessoria de Comunicação do CFO**, Notícias, 25 out. 2019. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/odontologia-paAbreura-pacientes-com-necessidades-especiais-mais-do-que-uma-especialidade-um-ato-de-amor-a-vida/#:~:text=Cirurgi%C3%A3o%2DDentista%2C%20Odontologia%20para%20Pacientes%20com%20Necessidades%20Especiais%3A%20mais%20do%20que%20uma,viver%20em%20uma%20sociedade%20adaptada>. Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. **Resolução CFO-25, de 16 de maio de 2002**. Estabelece as áreas de competência para atuação dos especialistas em disfunção temporomandibular e dor orofacial; odontogeriatrics; odontologia do trabalho; odontologia para pacientes com necessidades especiais e em ortopedia funcional dos maxilares e dá outras providências. Disponível em: <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2002/25>. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. **Resolução CFO-22, de 27 de dezembro de 2001**. Baixa normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização revogando as redações do [...]. Disponível em: <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2001/22>. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de dezembro de 2002, Seção I, p.162.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. Constituição [(1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o plano nacional dos direitos da pessoa com deficiência - plano viver sem limite. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 de novembro de 2011, p. 12.

BRASIL. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 de agosto de 2009, p. 3.

BRASIL. Decreto n. 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis n. [...] e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 de dezembro de 2004, Seção 1, p. 5.

BRASIL. Decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, 21 de dezembro de 1999, p. 10.

BRASIL. Decreto Legislativo n. 186, de 2008. Aprova o texto da convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e de seu protocolo facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 de julho de 2008, Seção 1, p. 1 (Publicação Original).

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **16%da população mundial têm alguma deficiência**. Publicado em 27 de março de 2023. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br>. Acesso em: 13 de jun. 2023.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa nacional de saúde, 2019**: Painel de indicadores da saúde. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2022.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde 2019**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Nota técnica 01/2018**: Releitura dos dados de pessoas com deficiência no censo demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Brasília: IBGE, 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Relatório do censo demográfico 2010**: características gerais da população: resultados da amostra. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (estatuto da pessoa com deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, 07 de julho de 2015, p. 2.

BRASIL. Lei n. 12.764 de 27 de dezembro de 2012. Institui a política nacional de proteção dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 de dezembro de 2012, p. 2.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases

da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de dezembro de 1996, p. 27833.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde bucal no sistema único de saúde** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 25 de abril de 2012, Seção 1, p. 94.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010**: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde da pessoa com deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União**, de 23 de março de 2006. Disponível em: www.in.gov.br/servicos/diario-oficial-da-uniao; Acesso em: 12 jun 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica, n. 17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 3., 2004. **Anais [...]**. Relatório Final. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2005. (Série D: Reuniões e Conferências). Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/3_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_final.pdf. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 de dezembro de 2000, Seção 1, p. 85.

BRASIL. Ministério da Saúde. **UNA-SUS**. Brasil Sorridente completa 10 anos beneficiando 80 milhões de pessoas. Publicado em: 16 de abril de 2014. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/brasil-sorridente-completa-10-anos-beneficiando-80-milhoes-de-pessoas>. Acesso em: 04 mai. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Planalto**. Lula: “O Brasil Sorridente recupera a

dignidade do ser humano”. Publicado em: 08 de maio de 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2023/05/presidente-lanca-o-brasil-sorridente>. Acesso em: 10 jun 2023.

CALDAS Jr, A. F.; MACHIAVELLI, J. L. (orgs). **Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência**: protocolos, diretrizes e condutas para cirurgiões-dentistas. Recife: Ed. Universitária, 2013.

CANCINO, C. M. H.; OLIVEIRA, F. A. M. ; ENGERS, M. E. ;WEBER, J. B. B.; OLIVEIRA, M. G. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**: percepções, sentimentos e manifestações de alunos e familiares de pacientes. 2005. 47f. Tese (Doutorado em Odontologia). Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CASTILHO, L. S. ; SILVA, M. E. S. ; OLIVEIRA, A. C. B.; ABREU, M. H. N. G.; ANKOMAA, H. K.; RESENDE, V. L. S. Considerações sobre a humanização do atendimento odontológico a pacientes com deficiência de desenvolvimento a partir de um projeto de extensão. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, [s.l.], v. 5, n.1,p.19-25, jan./jun. 2014. DOI: <https://DOI.org/10.36661/2358-0399.2014v5i1.1095>.

CASTRO, A. M.; MARCHESOTI, M. G. N. ; OLIVEIRA, F. S. ; NOVAES, M. S. P. Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. **Rev. Odontol. UNESP**, Araraquara, v. 39, n. 3, p. 137-142, maio/jun. 2010.

CASTRO, S. S.; LEFÈVRE, F.; LEFÈVREA, M. C.; CESAR, C. L. G. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 99-105, fev. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000048>.

CAVACA, A. G.; ESPORTI, C. D. D.; SANTOS-NETO, E. T.; GOMES, M. J. A relação professor-aluno no ensino da odontologia na Universidade Federal do Espírito Santo. **Trab. Edu. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 305-318, jul./out. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000200008>.

CAVALCANTI, A.L. Challenges of dental care for children with microcephaly carrying Zika congenital syndrome. **Contemp Clin Dent.**, [s.l.], v. 8, n. 3, 345-346, 2017. DOI:10.4103/0976-237X.214553. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5643986/>

CAVALCANTI, Y.W.; ARTAXO, R. O.; PADILHA, W.W. N. Educação odontológica eo sistema de saúde brasileiro: práticas e percepções de estudantes de graduação. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 46, n. 4, p. 224-231, out./dez. 2010.

CHAVES, S. C.L.; ALMEIDA, A. M. F. L.; ROSSI, T. R. A.; SANTANA, S. F.; BARROS, S. G.; SANTOS, C.M. L. Política de saúde bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciênc. Saúde Colet.**, [s.l.], v. 22, n. 6, p. 1791-1803, jun. 2017. DOI: <https://DOI.org/10.1590/1413-81232017266.18782015>.

CIPRIANO, O. B.; ROLIM, A. K. A.; ALVES, M. A. S. G.; FILHO, A. A. O.; GUÊNES, G. M. T.; FIGUEIREDO, C. H. M. C.; PENHA, E. S. Odontologia para pacientes

especiais: análise da composição curricular das instituições públicas do Brasil. **Res. Soc. Develop.**, [s.l.], v. 9, n. 2, e189922135, 2020. DOI: <http://dx.Doi.org/10.33448/rsd-v9i2.2135>.

CONCEIÇÃO, A. B. D. S.; SANTOS, L. T.; SILVA, A. M.; PRADO JUNIOR, R. R.; MENDES, R. F. Odontologia para pacientes com necessidades especiais no ensino de graduação: percepção de discentes e docentes em uma instituição do Piauí e um panorama brasileiro. **Revista da ABENO**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.1608, 2021. DOI: 10.30979/revabeno.v21i1.1608.

CONDESSA, A. M.; LUCENA, E. H. C.; FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; HILGERT, J. B. Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. **Epidemiol. Serv.Saúde**, Brasília, v. 29, n. 5, p. e2018154, 2020. DOI:10.1590/SciELOPreprints.933.

DITTERICH, R. G.; PORTERO, P. P.; SCHIMIDT, L. M. A PREOCUPAÇÃO SOCIAL NOS CURRÍCULOS DE ODONTOLOGIA. **Revista da ABENO**, [s.l.], v. 7, n.1, p. 58-62, 2007. DOI: <https://DOI.org/10.30979/rev.abeno.v7i1.1413>.

ELIAS, R. C. F.; NOGUEIRA, P. M.; VASCONCELOS, M.; ZINA, L. G. Tratamento odontológico durante a gestação: conhecimentos e percepções de estudantes de Odontologia. **Revista da ABENO**, [s.l.], v. 18, n. 3, p. 114-126, ago. 2018. DOI:10:30979/ver.abeno.v18i3-553.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Pan. Am. J Public. Health.**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FAÉ, M. F. S. Jr.; CARVALHO, R. B.; ESPOTI, C. D. D.; PACHECO, K. T. S. A integração ensino-serviço em odontologia no Brasil. **Revista da ABENO**, [s.l.], v. 16, n. 3, p. 7-18, out. 2016. DOI: <https://DOI.org/10.30979/rev.abeno.v16i3.286>.

FARIAS, L. S.; SOARES JÚNIOR, C. A. Evolução histórica dos direitos das pessoas com deficiência e questões associadas no Brasil. **ID on Line, Rev. Mult. Psic.**, [s.l.], v.14,n. 52, p. 59-76, out./2020. DOI: <https://.org/10.14295/online.v14i52.2683>

FASSINA, Ana Paula. **Análise das disciplinas de pacientes portadores de necessidades especiais nas faculdades do Brasil em 2005**. 2006. 153f. Dissertação (Mestrado em Odontologia), Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2005.

FERREIRA, S. H.; SUITA, R. A.; RODRIGUES, P. H.; KRAMER, P. F. Percepção de estudantes de graduação em odontologia frente ao atendimento de pessoas com deficiência. **Revista da ABENO**, [s.l.], v. 17, n. 1, p. 87-96, 2017. DOI: <https://DOI.org/10.1590>

FIGUEIREDO, José Reynaldo. **Campo institucional da odontologia para pacientes com necessidades especiais na região metropolitana de São Paulo**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências Odontológicas). Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FONSECA, A. L. A.; AZZALIS, L. A.; FONSECA, F. L. A.; BOTAZZO, C. Análise qualitativa das percepções de cirurgiões-dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. **Rev. Bras. Cresc. Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 208-216, ago. 2010.

FONSECA, E. P. As diretrizes curriculares nacionais e a formação do cirurgião-dentista brasileiro. **J Manag. Prim. Health. Care**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 158-178, 2012. DOI:<https://DOI.org/10.14295/jmphc.v3i2.154>.

FRAGOSO, D. N.; SILVA, G. M. L. N.; OLIVEIRA, J. J. M.; FARIAS, M. F.; ANDRADE, K. S.; FIGUEIREDO, N. F. D.; FRAGOSO, K. T.; CARDOSO, A. M. R. Utilização dos serviços odontológicos por pacientes pediátricos com síndrome de Down de acordo com os cuidadores. **Res. Soc. Develop.**, [s.l.], v.10, n. 4, e9010413767, 2021. DOI: <http://dx.DOI.org/10.33448/rsd-v10i4.13767>

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Saúde bucal no sistema único de saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 64-71, jan./abr. 2009.

FREIRE, A. L. A. S. S. **Saúde bucal para pacientes com necessidades especiais: análise da implementação de uma experiência local.** 2011. 254 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M.; LACERDA, J. T. Saúde coletiva e novas diretrizes curriculares em odontologia: uma nova proposta para graduação. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.10 n. 2, p. 223-234, jul./out. 2012. DOI: <https://DOI.org/10.1590/S1981-77462012000200003/>.

GABALDO, N.; GUIMARÃES, M. R. F. S. G.; GAZOLA, E. A.; ROSA, F. G.; CINTRA, L. T. A.; CAVALCANTE, L. S.; GUIMARÃES, G. Percepção dos cirurgiões-dentistas e acadêmicos sobre o atendimento a pacientes com necessidades especiais em Porto Velho-RO. **Saber científico**, Porto Velho, v. 9, n. 2, p.11-12, jul./dez. 2020.

GALVÃO, M. H. R.; MORAIS, H. G. F.; FORTE, F. D. S.; FREITAS, C. H. S. M.; BRITO, G. E. G.; PESSOA, T. R. R. F. Avaliação de um curso de odontologia com base nas diretrizes curriculares nacionais: um estudo seccional. **Revista da ABENO**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.1-16, 2022. DOI:10.30979/revabeno. v22il.1785.

GIRONDI, J. B. R.; FELIZOLA F.; JORDELINA, S.; HAMMERSCHIMDT, K. S. A.; SEBOLD, L. F.; SANTOS, J. L. G. Idosos com deficiência intelectual: características sociodemográficas, condições clínicas e dependência funcional. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e22781, jan./dez. 2018.

GIRONDI, J. B. R.; SANTOS, S. M. A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 378-384, jun. 2011. DOI: <https://DOI.org/10.1590/S1983-14472011000200023>.

GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 8ª ed. São Paulo: Livraria Santos, 2012.

GOMES, M. J.; CAXIAS, F. P.; MARGON, C. D.; ROSA, R. G.; CARVALHO, R. B. A percepção dos docentes do curso de odontologia da UFES em relação à necessidade de inclusão da disciplina denominada “Atendimento odontológico a pacientes portadores de necessidades especiais”. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, [s.l.], v.11,n.1, p. 33-39, 2009.

GUEDES, D. M. A importância da convenção internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência como norma em nossa carta magna. **Leopoldianum**, Direitos Humanos, [s.l.], ano 38, n. 104, 105 e 106, p. 85-98, 2012.

HADDAD, A. S.; TAGLE, E. L.; PASSOS, V. A. B. Momento atual da odontologia para pessoas com deficiência na América Latina: situação do Chile e Brasil. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v.70, n. 2, p.132-40, abr./jun. 2016.

HARTWIG, A. D.; SILVA JUNIOR, I. F.; STUERMER, V. M.; SCHARDOSIM, L. R.; AZEVEDO, M. S. Recursos e técnicas para higiene bucal de pacientes com necessidades especiais. **Revista da ACBO**, [s.l.], v. 4, n. 3, dez. 2015.

HOLDER, M.; WALDMAN, H. B.; HOOD, H. Preparing health professionals to provide care to individuals with disabilities. **Int J Oral Sci.**, [s.l.], v. 1, n. 2, p. 66-71, 2009.

JACOMINE, J. C.; FERREIRA, R.; SANT’ANA, A. C. P.; REZENDE, M. L. R.; GREGHI, S. L. A.; DAMANTE, C. A.; ZANGRANDO, M. S. R. Saúde bucal de pacientes com necessidades especiais: percepções de graduandos em Odontologia da FOB-USP. **Revista da ABENO**, [s.l.], v.18, n. 2, p. 45-54, 2018.
<http://DOI.org/10.30979/rev.abeno.v18i2.434>.

JORGE, K. O.; VELOSO, J. P.; MEDEIROS, K. R.; MAGALHÃES, S. R.; SANTOS, P. C. M. Atendimento Odontológico às crianças com necessidades especiais: uma revisão de literatura. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 15, n. 2, p.54-64, ago./dez. 2017. DOI: <http://dx.DOI.org/10.5892/ruvrd.v15i2.4235>

LAGE, R. H.; ALMEIDA, S. K. T. T.; VASCONCELOS, G. A. N.; ASSAF, A. V.; ROBLES, F. R. P. Ensino e aprendizagem em odontologia: análise de sujeitos e práticas. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, [s.l.], v. 41, n. 1, p. 22-29, jan./mar. 2017.
DOI: <http://dx.DOI.org/10.1590/1981-52712015v41n1RB20150155>.

LAWRENCE, H.; SOUSA, L. P.; GONÇALVES, F. L.; SAINTRAIN, M. V. L.; MEYER, A. P. G. F.V. Access to public oral health care by special needs patients: the dentist’s perspective. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 190-197, abr./jun. 2014. DOI:10.5020/2620.

LAZZARIN, H. C.; NAKAMA, L.; JUNIOR, L. C. O papel do professor na percepção dos alunos de odontologia. **Saúde Soc.**, [s.l.], v.16, n.1, p. 90-101, jan./abr. 2007.

LAZZARIN, H. C.; NAKAMA, L.; CORDONI JUNIOR, L. Percepção de professores de odontologia no processo de ensino-aprendizagem. **Rev. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15(Supl. 1), p.1801-11810, jun. 2010. Disponível em:
<https://DOI.org/10.1590/S1413-81232010000700092>.

MARÇAL, C. S.; SILVA, L. C.; FAKER, K.; TOSTES, M. A.; CANCIO, V. Síndrome da imunodeficiência adquirida na criança e no adolescente: conduta odontológica. **Rev. Fac. Odontol.**, Porto alegre, v. 59, n. 2, p. 72-82, jul./dez. 2018.

MARRA, P. S.; MIASATO, J. M. A saúde bucal do paciente especial e sua relação com o nível socioeconômico dos pais. **Rev. Bras Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 65, n.1, p. 27-30, jan./jun. 2008.

LOPES, D. F.; MEDEIROS, Y. L.; FARIA, L. V.; SOARES, M. R. P. S. Odontologia para pacientes com necessidades especiais: como é a oferta dessa disciplina nas faculdades de odontologia do Sudeste brasileiro? **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v.57, n. e03, p. 149-157, 2021.

MACEDO, G. L.; LUCENA, E. E. S.; LOPES, I. K. R.; BATISTA, L. T. O. Acesso ao atendimento odontológico dos pacientes especiais: a percepção de cirurgiões-dentistas da atenção básica. **Revista Ciência Plural**, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 67-80, jul. 2018. DOI. <https://DOI.org/10.21680/2446-7286.2018v4n1id13839>.

MAIOR, Izabel. **História, conceito e tipos de deficiência**: sobre a deficiência visual. 02 maio. 2020. Disponível em: http://www.deficienciavisual.pt/txt-Historia_conceito_tipos_def.html. Acesso em: 13 abr. 2022.

MALTA, D. C.; STOPA, S. R.; CANUTO, R.; GOMES, N. L.; MENDES, V. L. F.; GOULART, B. N. G.; MOURA, L. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a pesquisa nacional de saúde, 2013. **Ciênc. Saúde Colet.**, [s.l.], v. 21, n. 10, p. 3253-3264, out. 2016. DOI: <https://DOI.org/10.1590/1413-812320152110.17512016>.

MARTINS, K. P.; COSTA, T.F.; MEDEIROS, T. M.; FERNANDES, M. G. M., FRANÇA; I.S.X., COSTA, K. N. F. M. Internal structure of family health units: access for people with disabilities. **Ciênc. Saúde Colet.**, [s.l.], v. 21, n. 10, p. 3153-3160, 2016. doi: 10.1590/1413-812320152110.20052016

MARTINS, S. M. S.; ANDRADE, C. E. S.; ANDRADE, G. T. S.; AGRIPINO, G.; SILVA, N. B.; CARDOSO, A. Abordagem da disciplina de PNE nos currículos de odontologia das instituições de ensino superior do Nordeste do Brasil. **Rev. Inic. Cient. Odontol.**, [s.l.], v.16, n. 3, p. 37-45, 2018. DOI: <http://DOI:10.4034/RevICO.2018.16.3.4>.

MARTINS, R. B.; ANDIA-MERLIN, R.; GIOVANI, E. M. Avaliação sobre a atenção com a saúde bucal de pacientes com necessidades especiais. **J. Health Sci Inst.**, [s.l.], v.31, n. 4, p. 360-367, 2013.

MENEZES, T. O. A.; SMITH, C. A.; PASSOS, L. T. P.; PINHEIRO, H. H. C.; MENEZES, S. A. F. Perfil dos pacientes com necessidades especiais de uma clínica de odontopediatria. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 136-141, abr./jun. 2011.

MORAES, A. B. A.; BATISTA, C. G.; LOMBARDO, I.; HORINO, L. E.; ROLIM, G. S. Verbalizações de alunos de odontologia sobre a inclusão social de pessoas com deficiência. **Psicol. Estudo**, Maringá, v.11, n.3, p.607-615, set./dez. 2006.

MORETTO, M. J.; AGUIAR, S. M. H. C. A.; REZENDE, M. C. R. A. Reflexões sobre a importância da assistência odontológica preventiva e do adequado treinamento dos Cirurgiões-Dentistas para o atendimento de pessoas com deficiência. **Arch. Health Invest.**, [s.l.], v. 3, n. 3, p. 58-64, mai./jun. 2014.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. **Dental Press**, Maringá, 2010. Disponível em: https://abeno.org.br/abeno-files/downloads/download_20111202125600.pdf

NOGUEIRA, G. C.; SCHOELLER, S. D.; RAMOS, F. R. S.; PADILHA, M. I.; BREHMER, L. C. F.; MARQUES, A. M. F. B. Perfil das pessoas com deficiência física e políticas públicas: a distância entre intenções e gestos. **Ciênc. Saúde Colet.** [s.l.], v. 21, n. 10, p. 3131-3142, out. 2016.

NUNES, R.; SIMÕES, P.W.; PIRES, P. D. S.; ROSSO, M. L. P. Prevalência de alterações bucais em pessoas com deficiência na clínica da universidade do extremo sul catarinense. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo.** [São Paulo], v. 29, n. 2, p.118-28, mai./ago. 2017.

NUNES, B. R.; FURLAN, E. C.; PIRES, P. D. S. Avaliação da condição de saúde bucal em pacientes com necessidades especiais das APAE na região carbonífera em SC. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, [São Paulo], v. 31, n. 3, p. 6-16, set./dez. 2019.

OLIVEIRA, A. L. B. M.; GIRO, E. M. A. Importância da abordagem precoce no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. **Odonto**, São Bernardo do Campo, v.19, n. 38, p. 45-51, jul./dez. 2011. DOI: 10.15603/2176-1000/

OLIVEIRA, T. F.; MAFRA, R. P.; VASCONCELOS, M. G.; VASCONCELOS, R. G.; Conduta odontológica em pacientes diabéticos: considerações clínicas. **Odontol. Clín. Cient.**, Recife, v. 15, n. 1, p. 13-17, jan./mar. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre a deficiência.** Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012.

PELISSARI, L. D.; BASTING, R. T.; FLORIO, F. M. Vivência da realidade: o rumo da saúde para a odontologia. **Revista da ABENO**, Brasília, v.5, n.1, p. 32-39, 2005.

PENHA, E. S.; TENÓRIO, D. A.; FONSECA, F. R. A.; GUÊNES, G. M. T.; MONTAGNA, E. Caracterização do componente curricular odontologia para pacientes com necessidades especiais nos cursos de odontologia do Estado da Paraíba. **Revista da Abeno**, [s.l.], v.18, n. 2, p.13-19, 2018. Disponível em: DOI: <http://DOI.org/10.30979/rev.abeno.v18i2.423>.

PEREIRA, J. A.; SARAIVA, J. M. Trajetória histórico social da população deficiente: da exclusão à inclusão social. **SER Social**, Brasília, v. 19, n. 40, p. 168-185, jan./jun. 2017.

PEREIRA, L. M.; MARDERO, E.; FERREIRA, S. H.; KRAMER, P. F.; COGO, R. B. Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de odontologia da ULBRA, Canoas, RS. **Stomatol**, [s.l.], v.16, n.31, p. 92-99, jul./dez. 2010.

PETERS, D. H.; GARG, A.; BLOOM, G.; WALKER, D. G.; BRIEGER, W. R.; RAHMAN, M. H. Poverty and access to health care in developing countries. **Ann N.Y. Acad. Sci.**, [s.l.], v.1136, p.161-171, 2008. DOI: 10.1196/annals.1425.011.

PINI, D. M.; FROHLICH, P. C. G. R; RIGO, L. Oral health evaluation in special needs individuals. **Einstein**, São Paulo, v.14, n. 4, p. 501-507, out./dez. 2016. DOI: 10.1590/S1679-45082016AO3712.

PONTANEGRA, R. S. M.; CAMBOIM, C. C. L.; FREIRE, J. C. P.; NÓBREGA, M. T. C.; BARRETO, J. O.; SANTOS, J. A., DIAS-RIBEIRO, E. **Análise do conhecimento de graduandos em odontologia sobre o uso de anestésico local em pacientes com necessidades especiais**. Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep, v. 27, n. 1, p. 5-14, jan./jun. 2017.

PORTO, V. A.; GELLEN, P. V. B.; SANTOS, M. A.; BENIGNO, M. B. S.; BORGES, T.S. Percepção do acadêmico frente ao atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais. **Revista da ABENO**, [s.l.], v. 22, n. 2, p 1-10, 2022. DOI: 1030979revabeno.v22i2.1027.

PORTOLAN, C.; VELASKI, D.; MAÇALAI, M.; HOCHMULLER, M.; CEZAR, M.; PORTELLA, V. Odontologia e pacientes especiais: conhecer, orientar e prevenir. **Rev. Saúde Integrada**, [s.l.], v.10, n. 20, Edição Especial, p. 7-15, 2017. DOI: <http://local.cneccsan.edu.br/revista/index.php/saude/index>.

PREVITALLI, E. F.; FERREIRA, M. C. D.; SANTOS, M. T. B. R. Perfil dos pacientes com necessidades especiais atendidos em uma instituição de ensino superior privada. **Pesq. Bras. Odontoped. Clín. Integr.**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 77-82, jan./mar. 2012. DOI: 10.4034/PBOCI.2012.121.12.

QUEIROZ, F. S.; RODRIGUES, M. M. L. F.; CORDEIRO JUNIOR, G. A.; OLIVEIRA, A. B.; OLIVEIRA, J. D.; ALMEIDA, E. R. Avaliação das condições de saúde bucal de Portadores de Necessidades especiais. **Rev. Odontol. UNESP**, [s.l.], v. 43, n. 6, p. 396- 401, nov./dez. 2014. doi: <http://dx.DOI.org/10.1590/1807-2577.1013>.

REIS, C.; MARTELLI-JUNIOR, H.; FRANCO, B. M.; SANTOS, A. A.; RAMALHO, L. M. P. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: a voz do usuário. **Ciênc. Saúde Colet.**, [s.l.], v. 14, n. 4, p. 1287-1295, ago.2009. DOI: <https://DOI.org/10.1590/S1413-81232009000400035>.

RESENDE, Ana Paula Crosara; VITAL, Flavia Maria de Paiva (coords.). **A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, comentada**. Brasília: Corde, 2008.

SAMPAIO, E. F.; CÉSAR, F. N.; MARTINS, M. G. A. Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no instituto de Previdência do Estado do Ceará. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, [s.l.], v. 17, n. 3, p. 127-134, 2004. DOI: <https://DOI.org/10.5020/689>.

SANT'ANNA L.F.C.; BARBOSA, C.C.N.; BRUM, S.C. Atenção à saúde bucal do paciente autista. **Revista Pró-UniverSUS**, [s.l.], v8, n.1, p.67-74, jan/jun, 2017.

SANTOS, M. F. S.; HORA, I. A. A. Atenção odontológica a pacientes especiais: atitudes e percepções de acadêmicos de odontologia. **Revista da ABENO**, [s.l.], v.12, n.2, p.207-2012, 2012.

SANTOS, P. C. D.; POHLMANN, M. J. C.; CAMARGO, M. R. A importância do cirurgião-dentista e dos responsáveis na manutenção da saúde bucal de portadores da Síndrome de Down. **Rev. Saúde Multidisciplinar**, [s.l.], v. 7, n. 1, p. 1-6, 2020.

SASSAKI, R. K. Como chamar as pessoas que têm deficiência? **Confederação Nacional dos Bispos do Brasil**, Campanhas, abr. 2014. Disponível em: <https://campanhas.cnbb.org.br/wp-content/uploads/2015/04/comochamaraspessoas.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2022.

SILVA, L. M. C.; GOES, R.W. L. Graduandos de odontologia frente ao atendimento odontológico a pacientes portadores de deficiências mentais. **Res. Soc. Develop.**, [s.l.], v.10, n. 15, e103101522528, 2021. DOI: <http://dx.DOI.org/10.33448/rsd-v10;15.22528>.

SILVESTRE, J. A. C.; AGUIAR, A. S.W.; TEIXEIRA, E. H. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 7, n. 2, p. 28-39, jul./dez. 2013.

SINGH, Abihnav. Oral health policies in developing countries. **J Public. Health Policy.**, [s.l.], v. 31, n. 4, p. 498–499, dez. 2010. DOI: 10.1057/jphp.2010.31.

SIQUEIRA, R.M.P.; SANTOS, M.T.B.R.; CABRAL, G.M.P. Alterations in the primary teeth of children with microcephaly in northeast Brazil: a comparative study. **Int Journal Paediatr Dent.**, [s.l.], v. 28, n.5, p. 523-532, set. 2018. DOI: 10.1111/ipd.12402.
Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29968396/>

SIQUEIRA, F.C.V.; FACCHINI, L.A.; SILVEIRA, D.S.; PICCINI, R.X.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v.14, n.1

SOLANKI, J.; GUPTA, S.; ARYA, A. Dental caries and periodontal status of mentally handicapped institutionalized children. **J. Clin. Diagnon. Res.**, v. 8, n. 7, p. 25-27, jul. 2014. doi: 10.7860/JCDR/2014/8983.4557.

SPEZZIA, S.; BERTOLINI, S. R. **Ensino odontológico para pacientes especiais e gestão em saúde.** **J Oral Investigations**, Passo Fundo, v. 6, n.1, p. 85-98, jan./jun. 2017. DOI: <http://dx.DOI.org/10.18256/2238-510X/j.oralinvestigations.v6n1p85-98>.

SPEZZIA, S.; CARVALHEIRO, E. M.; TRINDADE, L. L. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 109-113, jan./jun. 2015.

TRENTIN, M. S.; COSTA, A. A. I.; BARANCELLI, M.; ALVES, M. F. V. M.; MIYAGAKI, D. C.; DE CARLI, J. P. Prevalence of dental caries in patients with intellectual disabilities from the association of exceptional children's parents and friends of southern Brazil. **Rev. Gauch. Odontol.**, Porto Alegre, v. 65, n. 4, p. 352-358, out./dez. 2017.

DOI: <https://DOI.org/10.1590/1981-863720170002000103232>.

VOLSCHAN, B. C. G.; MATTOS, R. P.; SEIXAS, J.; MONTE-ALTO, L. A. Importância da promoção de saúde bucal para a criança cardiopata. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 65, n.1, p. 85-89, jan./jun. 2008.

VOLQUIND, L.; PIGOZZI, L. B., BELLAN, M. C.; PAULUS, M.; CONDE, A. Pessoas com deficiência: percepção de seus cuidadores quanto ao atendimento odontológico. **RECIMA21 Rev. Cient. Multidisciplinar**, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 8-25, 2021. DOI: <https://DOI.org/10.47820/recima21.v2i1.47>.

WALDMAN, H. B.; PERLMAN, S. P.; SWERDLOFF, M. Dental care for children with mental retardation: thoughts about the americans with disabilities act. **ASDC J DentChild**, Chicago, v. 65, n. 6, p.487-491, nov./dez. 1998. PMID: 9883325.

WATTERS, A. L.; STABULAS-SAVAGE, J.; TOPPIN, J. D.; JANAL, M.; ROBBINS, M. R. Incorporating experiential learning techniques to improve self-efficacy in clinical special care dentistry education. **J Dental Educ.**, [s.l.], v. 79, n. 9, p. 1016-1023, set. 2015. PMID: 26329025.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Informado para Estudantes do Último Semestre de Odontologia

Número: _____

Título do Projeto: “PERCEPÇÃO E DISPONIBILIDADE AO ATENDIMENTO DE PACIENTES ESPECIAIS POR GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE”

Pesquisadores Responsáveis: Nelsimar Bezerra Santos da Silva (mestranda) e Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer (orientadora). **Instituição a que pertence a**

Pesquisadora Responsável: Unichristus (Centro Universitário Christus). **Telefones para contato:** (85) 3265 8100; (85) 996181834. **Endereço:** CEPE Christus – Rua: João Adolfo Gurgel 133, Papicu, Fortaleza – Ceará, CEP: 60190-060 – Fone: (85) 3265-6668.

Nome do(a) voluntário(a):

Idade: _____ anos

R.G. _____

Sexo: _____

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “PERCEPÇÃO E DISPONIBILIDADE AO ATENDIMENTO DE PACIENTES ESPECIAIS POR GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE”, de responsabilidade da pesquisadora Nelsimar Bezerra Santos da Silva.

Caso aceite, favor responda as perguntas que se seguem. Sua participação é voluntária e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição. O título do trabalho é “PERCEPÇÃO E DISPONIBILIDADE AO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS POR GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE”, e tem como objetivo verificar a percepção e disponibilidade de estudantes do último semestre da graduação em Odontologia em atender pacientes com necessidades especiais: surdos, mudos, cegos, deficientes físicos, asmáticos, cardíacos, diabéticos, leucêmicos, gestantes, HIV positivos, com distrofia muscular, Síndrome de Down, paralisia cerebral e autismo. Para tanto, será realizada uma entrevista semiestruturada, na qual todas as informações são confidenciais. Com as respostas, pode-se ter noção dos graus de conhecimento destes alunos sobre PNE e sua disponibilidade em atendê-los. Não se antecipam riscos ou desconfortos, assim como não haverá nenhum tipo de ônus ou bônus na sua participação da pesquisa. Caso tenha

alguma dúvida, sinta-se à vontade para contatar a pesquisadora Nelsimar Bezerra Santos da Silva pelo telefone (85) 996181834.

Eu, _____, RG
nº _____, declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Nome e assinatura do(a) aluno(a)

Testemunha

Fortaleza, _____ de _____ de _____

APÊNDICE B**Termo de Compromisso do Pesquisador**

Título do Projeto: Percepção e Disponibilidade ao Atendimento de Pacientes Especiais por Graduandos em Odontologia no Município de Fortaleza -CE.

Pesquisadora responsável: Nelsimar Bezerra Santos da Silva

Instituição/Departamento: IPADE- UNICHRISTUS / Mestrado Acadêmico em Ciências Odontológicas

Telefone para Contato: (85) 996181834

Local da Coleta de Dados: UNIFOR e UNICHRISTUS

A pesquisadora do presente projeto se compromete a preservar a privacidade dos sujeitos de pesquisa cujos dados serão coletados em questionários aplicados em alunos do último semestre das Instituições UNIFOR e UNICHRISTUS. Concorda, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na Instituição UNICHRISTUS no período de 05 (cinco) anos, sob a responsabilidade da Sr^a Nelsimar Bezerra Santos da Silva. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Christus em/...../....., com o número de protocolo.....

Fortaleza (CE),dede 20.....

.....
Nelsimar Bezerra Santos da Silva (Pesquisadora)

RG 20183255083

CRO-CE 2814.

APÊNDICE C

Questionário sobre Pacientes com Necessidades Especiais

Número: _____

1) Iniciais do nome do(a) graduando(a): _____

1.1) Idade: _____ anos.

1.2) Sexo _____

1.3) Religião _____

1.4) Estado Civil: _____

2) Instituição a que pertence: _____

3) Ano de ingresso: _____ Semestre que está cursando: _____

4) Você foi reprovado ou atrasou algum(s) semestre(s) durante a faculdade?

() Sim () Não

5) Caso sua resposta anterior seja “sim”, responda qual(s) semestre(s) e o motivo.

6) Você sabe o que é um Paciente com Necessidades Especiais (PNE)?

() Sim () Não

7) Caso sua resposta anterior seja “sim”, defina PNE com suas palavras.

8) Você tem alguma pessoa portadora de necessidade especial em sua família com convivência frequente?

() Sim.

() Sim, por isso tenho vontade de aprender mais sobre estes pacientes.

() Sim, por isso não tenho vontade de saber sobre estes pacientes.

() Não.

9) Você acha que, atualmente, existe um bom acesso de um paciente com necessidades especiais ao atendimento odontológico?

() Sim

() Não

() Não sei

10) O que você acha que dificulta o acesso do PNE ao atendimento odontológico?

- Falta de recursos financeiros
- Distâncias geográficas
- Barreiras arquitetônicas
- Demora para o atendimento
- Poucos profissionais habilitados
- Desconhecimento da população
- Falta de colaboração da família do PNE
- Outros
- Não sei

11) Como você considera seu conhecimento nesta área (PNE) da Odontologia?

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Péssimo
- Não sabe/Não respondeu

12) Você se sente preparado para atender PNE?

- Sim Não Não sei

13) Você atendeu algum paciente com alguma necessidade especial durante a sua graduação? Sim Não

14) Caso sua resposta anterior seja “sim”, responda que tipo de PNE. Pode assinalar mais de uma opção.

<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Mudo
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral	<input type="checkbox"/> HIV Positivo
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Gravidez
<input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva	<input type="checkbox"/> Asma

<input type="checkbox"/> Deficiência Visual	<input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos
<input type="checkbox"/> Deficiência Mental	<input type="checkbox"/> Leucemia
<input type="checkbox"/> Deficiência Física	<input type="checkbox"/> Distrofia Muscular
<input type="checkbox"/> Distúrbio Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____

15) Que tipo de atendimento você realizou neste paciente? (Pode marcar mais de uma opção).

- Exame clínico
- Procedimentos preventivos (e.g. Profilaxia e Aplicação de Flúor, IHO)
- Procedimentos Restauradores/Adequação do meio bucal
- Procedimentos Cirúrgicos (e.g., Biópsia, Exodontia).
- Outro. _____

16) Quantos pacientes PNE você atendeu durante sua graduação? _____

17) O que fazia com que estes pacientes fossem considerados PNE (Qual sua condição base)?

18) Qual a maior dificuldade que você sentiu ao atender PNE? Caso não tenha atendido, o que você imagina que seria a sua maior dificuldade para realizar este atendimento?

19) Você se sente preparado para atender PNE?

- Sim Não Parcialmente

20) Você fez alguma disciplina clínica específica que envolvesse PNE?

Sim Não

Se sim, qual? _____

21) Você fez algum projeto de extensão ou disciplina optativa que proporcionasse atendimento clínico a PNE? Sim Não

Se sim, qual e por quanto tempo?

22) Na sua opinião, o curso de Odontologia que você está fazendo tem lhe oferecido o conhecimento e o treinamento adequados para que você possa atender umPNE?

Sim Não Parcialmente

23) Você acha que a disciplina de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE) deve existir nos currículos da graduação em Odontologia e, caso afirmativo, esta deve ser obrigatória ou optativa?

- Obrigatória
- Optativa
- Não deve compor o currículo da graduação
- Indiferente

24) Você se sente apto a atender umPNE após sua formatura?

Sim Não Parcialmente

25) Caso sua resposta anterior seja “sim” ou “parcialmente”, que tipo de procedimentos você se sentiria apto a realizar em PNE após sua formatura? (pode marcar mais de um).

- Exame clínico
- Procedimentos preventivos (e.g. Profilaxia e Aplicação de Flúor, IHO)
- Procedimentos Restauradores/Adequação do meio bucal
- Procedimentos Cirúrgicos (e.g., Biópsia, Exodontia).

26) Caso sua resposta anterior seja “não”, por que não se sente apto?

- Não tive experiência nenhuma na graduação
- Apesar de ter tido experiência na graduação, não me sinto capacitado em atender PNE.
- Apenas especialistas estão aptos a atender PNE
- Outros. _____

27) Marque na tabela abaixo, para cada tipo de PNE apresentado, o seu nível de conhecimento e o quanto você se sente apto para atendê-lo em cada nível de complexidade.

Tipo de PNE	Nível de conhecimento	Sente-se apto a realizar tratamentos de baixa complexidade (exame, profilaxia)	Sente-se apto a realizar tratamentos de média complexidade (restaurações, exodontia simples)
Autista	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto
Paralisia Cerebral	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto

Tipo de PNE	Nível de Conhecimento	Sente-se apto a realizar tratamentos de baixa complexidade (exame, profilaxia)	Sente-se apto a realizar tratamentos de média complexidade (restaurações, exodontia simples)
Deficiência Auditiva	() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo	() Apto () Pouco apto () Não apto	() Apto () Pouco apto () Não apto
Deficiência Visual	() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo	() Apto () Pouco apto () Não apto	() Apto () Pouco apto () Não apto
Deficiência Mental	() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo	() Apto () Pouco apto () Não apto	() Apto () Pouco apto () Não apto
Deficiência Física	() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo	() Apto () Pouco apto () Não apto	() Apto () Pouco apto () Não apto
Distúrbio psiquiátrico	() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo	() Apto () Pouco apto () Não apto	() Apto () Pouco apto () Não apto
Mudo	() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo	() Apto () Pouco apto () Não apto ()	() Apto () Pouco apto () Não apto

Tipo de PNE	Nível de Conhecimento	Sente-se apto a realizar tratamentos de baixa complexidade (exame, profilaxia)	Sente-se apto a realizar tratamentos de média complexidade (restaurações, exodontia simples)
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto
HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto
Gravidez	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto
Asma	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto <input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto
Problemas Cardíacos	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto <input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto

Tipo de PNE	Nível de Conhecimento	Sente-se apto a realizar tratamentos de baixa complexidade (exame, profilaxia)	Sente-se apto a realizar tratamentos de média complexidade (restaurações, exodontia simples)	Sente-se apto a realizar tratamentos de alta complexidade (exodontias complexas, acessos endodônticos)
Leucemia	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto
Distrofia Muscular	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto
Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto	<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Pouco apto <input type="checkbox"/> Não apto

28) Para você, quem se dispõe a atender PNE tem:

- Vocação
 Conhecimento
 Obrigação
 Falta de opção
 Atitude
 Outro: _____

29) Se você atendeu PNE durante a graduação, qual o sentimento e/ou percepção que teve ao atendê-lo? (Pode marcar mais de uma opção).

<input type="checkbox"/> Impaciência <input type="checkbox"/> Vontade de Proteger <input type="checkbox"/> Insegurança <input type="checkbox"/> Medo de mordedura <input type="checkbox"/> Alegria <input type="checkbox"/> Medo de contaminação <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Compaixão <input type="checkbox"/> Nojo <input type="checkbox"/> Empatia <input type="checkbox"/> Repulsa <input type="checkbox"/> Angústia <input type="checkbox"/> Afeição <input type="checkbox"/> Dificuldade em atender <input type="checkbox"/> Impotência <input type="checkbox"/> Receptividade	<input type="checkbox"/> Medo de acidente com instrumental perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Frustração <input type="checkbox"/> Carinho <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Dificuldade em se comunicar <input type="checkbox"/> Vontade de ajudar <input type="checkbox"/> Constrangimento <input type="checkbox"/> Pena <input type="checkbox"/> Coragem <input type="checkbox"/> Tranquilidade <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Nervosismo <input type="checkbox"/> Outro _____
--	--

30) Você tem interesse em aperfeiçoar seus conhecimentos na área de PNE?

Sim Não Não pensei nisto ainda

31) O que você acha que poderia ser feito para melhorar o atendimento odontológico do estudante da graduação em odontologia em relação aos pacientes com necessidades especiais?

Mais conhecimentos científicos

Mais vivência prática

Mais conhecimentos científico e prático

Não há necessidade de mais conhecimentos, só necessita da boa vontade do aluno em atender um PNE

Os PNE só deveriam ser atendidos por profissionais que tivessem habilidade e treinamento

Os PNE não devem ser atendidos na graduação

Não sei

APÊNDICE D

Formulário Direcionado às IES para Averiguação da Existência ou Não de Disciplina Relacionada a Atendimento a PNE

1. Nome da IES: _____
2. Na estrutura curricular do curso de odontologia de sua instituição, existe(m) disciplina(s) específica(s) voltada para o PNE?
() Sim () Não
3. Caso a resposta seja “sim”, qual é o nome da(s) disciplina(s)? - No caso de existir mais de uma disciplina, preencha as questões de 3 a 8 separadamente para cada disciplina.

4. Natureza da Disciplina: () Obrigatória () Optativa
5. Natureza das Aulas: () Teórico () Prático () Teórico/Prático
6. Carga Horária: _____
7. Qual é a Ementa: _____

8. Semestre em que a disciplina é ofertada: _____
9. Na estrutura curricular do curso de odontologia de sua instituição, existe(m) disciplina(s) não específica(s) de PNE, mas que tenha(m) conteúdo voltado para o PNE? () Sim () Não
10. Caso afirmativo, qual(is) é(são) o(s) nome(s) da(s) disciplina(s)? - No caso de existir mais de uma disciplina, preencha as questões de 10 a 14 separadamente para cada disciplina. _____

11. Natureza das aulas:
() Teórico () Prático () Teórico/Prático
12. Carga Horária do conteúdo de PNE ofertado dentro da disciplina: _____
13. Qual é a Ementa desta disciplina: _____


14. Semestre em que a disciplina é ofertada: _____
15. No curso de odontologia de sua instituição, existe algum projeto de extensão que ofereça conteúdo sobre PNE? () Sim () Não
16. Natureza do curso de extensão:
 () Teórico () Prático () Teórico/Prático
17. Carga Horária do projeto: _____
18. Número de alunos envolvidos: _____
19. Semestre(s) em que é ofertado: _____
20. Acrescente, caso ache relevante, mais alguma informação relacionada a experiência do aluno do curso de odontologia de sua instituição com PNE.

Fortaleza, _____ de _____ de 20____.

Coordenador(a) do Curso de Odontologia

ANEXO I

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS - UNICHRISTUS</p> </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div>										
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: Percepção e Disponibilidade ao Atendimento de pacientes Especiais por Graduandos em Odontologia no Município de Fortaleza- CE.										
Pesquisador: NELSIMAR BEZERRA SANTOS DA SILVA										
Área Temática:										
Versão: 1										
CAAE: 36486920.4.0000.5049										
Instituição Proponente: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 4.275.216										
Apresentação do Projeto:										
O presente estudo objetiva conhecer a percepção de estudantes dos alunos do último de Odontologia, a fim de descobrir a opinião destes em se acharem preparados/capacitados ao atendimento de paciente com necessidade especiais(PNE), além de verificar a disponibilidade de próximos atendimentos de PNE na sua futura vida profissional.										
Objetivo da Pesquisa:										
Averiguar o conhecimento e a disponibilidade em atender PNE entre os graduandos de odontologia no município de Fortaleza.										
Avaliação dos Riscos e Benefícios:										
Os riscos apresentados por esse trabalho podem ser: Os Alunos podem não compreender o questionário, podem se negar a participar da pesquisa ou pode despertar desinteresse no graduando pelo paciente com necessidade especial por achar que ele demandaria uma atenção diferenciada a ponto de ser inviável o custo-benefício.										
E os Benefícios são perceber a necessidade ou não da inserção do paciente com deficiência no atendimento odontológico, pode contribuir para um profissional odontólogo mais capaz de resolver problemas bucais em pacientes com deficiência, reduzindo assim a distância deste paciente ao atendimento odontológico e despertar no graduando o interesse pelo paciente especial.										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Endereço: Rua Joao Adolfo Gurgel, 133</td> <td>CEP: 60.190-060</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Cocó</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: CE</td> <td>Município: FORTALEZA</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (85)3265-6668</td> <td>Fax: (85)3265-6668</td> </tr> <tr> <td></td> <td>E-mail: fc@fchristus.com.br</td> </tr> </table>	Endereço: Rua Joao Adolfo Gurgel, 133	CEP: 60.190-060	Bairro: Cocó		UF: CE	Município: FORTALEZA	Telefone: (85)3265-6668	Fax: (85)3265-6668		E-mail: fc@fchristus.com.br
Endereço: Rua Joao Adolfo Gurgel, 133	CEP: 60.190-060									
Bairro: Cocó										
UF: CE	Município: FORTALEZA									
Telefone: (85)3265-6668	Fax: (85)3265-6668									
	E-mail: fc@fchristus.com.br									
<small>Página 01 de 03</small>										

ANEXO I

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

(Continuação)

CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



Continuação do Parecer: 4.275.216

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho muito interessante pois busca compreender a percepção dos alunos de graduação sobre os pacientes com necessidades especiais dentro da sua futura profissão. Isso pode trazer uma nova ótica para o curso de Odontologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão dentro das normativas preconizada pelo CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Dentro do que foi apresentado, como todas as normas preconizada pelo CONEP foram respeitadas e o professor orientador mostra um respeito ético, aprovo a execução desse trabalho.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1609563.pdf	11/08/2020 03:14:17		Aceito
Cronograma	CROG_PDF.pdf	11/08/2020 02:57:43	NELSIMAR BEZERRA SANTOS	Aceito
Orçamento	O_PDF.pdf	11/08/2020 02:56:36	NELSIMAR BEZERRA SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	FR_PDF.pdf	11/08/2020 02:49:33	NELSIMAR BEZERRA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO.docx	10/08/2020 23:37:06	NELSIMAR BEZERRA SANTOS DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_UNICHRISTUS.pdf	10/08/2020 23:28:38	NELSIMAR BEZERRA SANTOS DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_UNIFOR.pdf	10/08/2020 23:27:20	NELSIMAR BEZERRA SANTOS DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/08/2020 23:20:50	NELSIMAR BEZERRA SANTOS DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Joao Adolfo Gurgel, 133
 Bairro: Cocó CEP: 60.190-060
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3265-6668 Fax: (85)3265-6668 E-mail: fc@christus.com.br

