



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

A APRENDIZAGEM E SERVIÇO COMO CONTRIBUTO
PARA A EDUCAÇÃO INTEGRAL: PROJETO SORRISOS
ESPECIAIS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Maria Beatriz Rocha Amaral Lima Rodrigues

Viseu, 2022



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

A APRENDIZAGEM E SERVIÇO COMO CONTRIBUTO
PARA A EDUCAÇÃO INTEGRAL: PROJETO SORRISOS
ESPECIAIS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Maria Beatriz Rocha Amaral Lima Rodrigues

Orientador: Professora Doutora Patrícia Couto

Coorientadores: Professora Doutora Maria Correia

Professor Doutor Nélio Veiga

Viseu, 2022

“O sucesso é a soma de pequenos esforços -
repetidos dia sim, e no outro dia também.”

Robert Collier

AGRADECIMENTOS

Tendo consciência que sozinha nada disto seria possível, gostaria de agradecer:

- À minha orientadora, Professora Doutora Patrícia Couto, por toda a orientação, prontidão e disponibilidade ao longo destes meses.

- Aos meus coorientadores, Professora Doutora Maria José Correia e Professor Doutor Nélio Veiga, por todos os conselhos e ajuda.

- Ao Professor Doutor Paulo Pereira, à Joana Magalhães e à Catarina que prontamente se disponibilizaram e foram uma valiosa contribuição durante todo este processo.

- Aos alunos dos 4º e 5º anos do MIMD e aos cuidadores pela colaboração na realização deste estudo.

- À minha cúmplice Liginha, primeiro binómia e agora família, pela amizade, acolhimento, conselhos e força ao longo desta caminhada.

- À minha amiga, sempre presente, Susana Morgado pela partilha, companheirismo e apoio incondicional. Sem ela nada disto teria sido possível.

- Às minhas Mati, Bia, Joana, Ana e Joyce pelo apoio incondicional durante todos estes anos.

- Às minhas três amigas do coração que sempre estiveram ao meu lado.

- Por fim, mas não menos importante, um especial obrigada aos meus pais e irmão, por serem o meu porto seguro, por todo o amor, suporte, dedicação, paciência e por terem sempre a palavra certa no momento certo.

RESUMO

Introdução: Os pacientes com incapacidade apresentam um elevado risco e prevalência de doenças na cavidade oral, enfrentando inúmeras barreiras no acesso ao atendimento médico-dentário. Tendo em conta esta premissa, surgiu o projeto “Sorrisos Especiais” em que através da metodologia Aprendizagem-Serviço os alunos prestam um serviço à comunidade, ao mesmo tempo em que colocam em prática todos os conhecimentos adquiridos ao longo do curso.

Objetivos: Avaliar e quantificar a tipologia de tratamentos médico-dentários realizados em pacientes com incapacidade; determinar a influência desta experiência ApS nas atitudes dos alunos face às pessoas com incapacidade e avaliar a percepção deste projeto na ótica dos cuidadores formais.

Materiais e Métodos: Realizou-se um estudo observacional descritivo transversal. Foi aplicado um questionário aos alunos e outro aos cuidadores, sendo ainda realizado um levantamento dos tratamentos médico-dentários realizados. Os dados recolhidos foram tratados estatisticamente através do *software* SPSS versão 25.0.

Resultados: Foram realizados 111 diagnósticos clínicos, 132 destartarizações, 129 restaurações, 120 extrações, 25 tratamentos protéticos, 24 endodontias, 16 aplicações de flúor e 6 aplicações de selantes, num total de 563 tratamentos médico-dentários. A alteração de atitudes dos estudantes face às pessoas com incapacidade foi positiva, ainda que pouco expressiva e sem significância estatística. Os cuidadores ficaram muito ou totalmente satisfeitos com o projeto, evidenciando como pontos positivos a motivação, a gentileza, o cuidado na explicação técnica, a resiliência, o acompanhamento contínuo e a gratuidade das consultas. Como aspetos a melhorar salientaram o aumento da formação em pacientes invisuais, os horários e o registo informatizado da informação clínica.

Conclusão: Verifica-se uma elevada prevalência de necessidades médico-dentárias nos pacientes com incapacidades. A ApS constituiu-se como uma ferramenta de inovação pedagógica fundamental na formação técnica e social

dos alunos, ao mesmo tempo que contribuiu para a saúde oral e qualidade de vida de uma população tão vulnerável.

Palavras-chave: Pacientes com incapacidades, Aprendizagem-Serviço, Projeto “Sorrisos Especiais”, Cuidadores.

ABSTRACT

Introduction: Patients with disabilities have a high risk and prevalence of diseases in the oral cavity, facing numerous barriers in access to dental care. Taking this premise into account, the "Sorrisos Especiais" project arose, in which through the Service-Learning methodology students provide a service to the community, while putting into practice all the knowledge acquired throughout the course.

Objectives: To evaluate and quantify the types of medical-dental treatments performed on patients with disabilities; to determine the influence of this ApS experience on students' attitudes towards people with disabilities and to evaluate the impact of this project from the perspective of formal caregivers.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive observational study was carried out. A questionnaire was applied to the students and another to the caregivers, and a survey of the medical and dental treatments performed was also carried out. The collected data were statistically treated using the SPSS software version 25.0.

Results: A total of 111 clinical diagnoses, 132 scale removals, 129 fillings, 120 extractions, 25 prosthetic treatments, 24 endodontics, 16 fluoride applications, and 6 sealant applications were performed, for a total of 563 dental treatments. The change in students' attitudes toward people with disabilities was positive, although not significant and without statistical significance. The caregivers were very or totally satisfied with the project, highlighting as positive points the motivation, kindness, care in technical explanation, resilience, continuous follow-up and free consultations. As aspects to be improved, they emphasized the need to increase training in blind patients, schedules, and computerized registration of clinical information.

Conclusion: There is a high prevalence of medical-dental needs in patients with disabilities. The ApS was a fundamental pedagogical innovation tool in the students' technical and social training, while contributing to the oral health and quality of life of such a vulnerable population.

Keyword: Patients with disabilities, Service-Learning, Sorrisos Especiais Project, Caregivers.

Índice

1.Introdução	3
1.1.Pacientes com incapacidade	3
1.1.1.Definição.....	3
1.1.2.Dados socio-demográficos.....	3
1.1.3. Saúde oral dos pacientes com incapacidade	4
1.2.Barreiras à saúde oral da pessoa com incapacidade.....	5
1.2.1.Acessibilidade	5
1.2.2.Recursos financeiros	6
1.2.3.Disponibilidade	6
1.2.4.Aceitabilidade	7
1.2.5.Acomodação	7
1.2.6.Adequação.....	8
1.3.Aprendizagem-Serviço	9
1.3.1.Definição.....	9
1.3.2.Aprendizagem-Serviço no ensino superior.....	10
1.4.Projeto “Sorrisos Especiais”	11
1.5.Objetivos.....	11
2.Materiais e métodos	15
2.1 Desenho do estudo	15
2.2 – Caracterização da amostra.....	15
2.3 – Instrumento de recolha de dados	15
2.4 – Análise estatística	16
2.5 – Princípios éticos	17
3.Resultados	20
3.1.Tratamentos médico-dentários realizados no âmbito da experiência de Aprendizagem-Serviço “Sorrisos Especiais”	20
3.2. Determinação da influência da Aprendizagem-Serviço na formação de profissionais de saúde.....	22
3.3.Questionários aos Cuidadores	30
3.3.1. Caracterização sociodemográfica dos cuidadores.....	30
4.Discussão.....	41
4.1.Avaliação, quantificação e tipologia dos tratamentos médico-dentários realizados no âmbito da experiência de Aprendizagem-Serviço “Sorrisos Especiais”	41
4.2.A influência desta ferramenta de inovação pedagógica na formação de profissionais de saúde socialmente responsáveis	44
4.3. Avaliação da percepção da experiência de ApS nos cuidadores formais/informais.....	46
4.4. Futuras Linhas de Investigação	49
5.Conclusão	52
6.Bibliografia.....	54
Anexos.....	63

Anexo 1 - Questionário 'Atitudes em relação às Pessoas com Incapacidade': ATDP-O	63
Anexo 2 - Parecer da comissão de ética	64
Anexo 3 – Consentimento informado escrito	66

Índice de Figuras

Figura 1 - Distribuição da frequência da amostra de acordo com o número de pacientes de cada instituição	20
Figura 2 – Distribuição da frequência da amostra de acordo com o tipo de tratamento realizado.....	21
Figura 3 - Resultados dos Itens da Escala ATDP-O nos dois momentos de avaliação.....	24
Figura 4 - Comparação entre a primeira aplicação (antes da experiência) e a segunda aplicação (depois da experiência) em termos de médias.....	26
Figura 5 - Distribuição das respostas dos cuidadores face ao nível de satisfação com o projeto desenvolvido.....	31
Figura 6 - Distribuição das respostas dos cuidadores relativas à contribuição do serviço prestado para o futuro profissional dos estudantes.....	31
Figura 7 - Respostas dos cuidadores no que diz respeito às necessidades formativas dos alunos.....	32
Figura 8 - Pontos chave evidenciados nos aspetos positivos do serviço prestado.....	33
Figura 9 - Pontos chave evidenciados nos aspetos a melhorar no serviço prestado.....	34
Figura 10 - Pontos chave evidenciados sobre o impacto do serviço prestado.....	35
Figura 11 - Distribuição da amostra da resposta dos cuidadores relativa à participação anterior em projetos de Aprendizagem-Serviço.....	36

Figura 12 - Pontos chave evidenciados sobre os motivos para a participação no projeto.....	37
Figura 13 - Pontos chave evidenciados sobre os motivos para continuar a participar em projetos ApS.....	38

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Valores da Média e Desvio padrão nos dois momentos de avaliação.....	22
Tabela 2 - Escala ATDP-O: Comparação entre a primeira aplicação (antes da experiência ApS) e a segunda aplicação (depois da experiência ApS).....	24
Tabela 3 - Escala ATDP-O: Comparação entre a primeira aplicação (antes da experiência ApS) e a segunda aplicação (depois da experiência ApS), utilizando o teste de amostras emparelhadas de Maroco	25
Tabela 4 – Respostas aos itens da Escala ATDP-O, na primeira aplicação do questionário.....	26
Tabela 5 – Respostas aos itens da Escala ATDP-O, na segunda aplicação do questionário.....	28
Tabela 6 - Distribuição da amostra dos cuidadores consoante a idade, o género e o nível máximo de escolaridade.....	30

Lista de siglas e abreviaturas

ACAPO – Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal

APCV – Associação de Paralisia Cerebral de Viseu

APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

ApS – Aprendizagem-Serviço

ATDP-O - Attitudes Towards Disabled Persons

CHUC – Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra

CSE-UMP – Centro de Apoio a Deficientes de Santo Estêvão – União das Misericórdias Portuguesas

FDI - *Fédération Dentaire Internationale*

MIMD – Mestrado Integrado em Medicina Dentária

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

Surdisol – União de Apoio ao Surdo e Populações Especiais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNESP – Universidade Estadual Paulista

INTRODUÇÃO

1.Introdução

1.1.Pacientes com incapacidade

1.1.1.Definição

Segundo a *American Academy of Pediatric Dentistry* são considerados pacientes com incapacidade todos aqueles que possuem incapacidades físicas, de desenvolvimento mental, sensorial, comportamental, cognitivo, emocional ou uma condição limitante que requer controlo médico, intervenção de serviços de saúde e/ou uso de serviços ou programas especializados. Ainda segundo a mesma academia, esta é uma condição que podendo ser de desenvolvimento ou adquirida resulta em limitações substanciais em atividades do dia-a-dia, nomeadamente ao nível da higiene oral. (1)

1.1.2.Dados socio-demográficos

O número de pessoas com incapacidades está a aumentar e há dois motivos principais que justificam esta situação: os métodos e modelos mais precisos de deteção e diagnóstico destas condições e o crescimento populacional. (2)

Pelo facto de os resultados finais do último recenseamento geral, realizado à população portuguesa, no ano de 2021, ainda não se encontrarem disponíveis para consulta, toda a informação utilizada no presente estudo tem por base os dados disponíveis à data (Censos 2011). Por conseguinte, sendo a incapacidade definida como a dificuldade para a realização de tarefas como: ouvir, ver, memorizar, andar, tomar banho, vestir-se, compreender ou fazer-se entender, esta apresenta uma elevada prevalência na população portuguesa, principalmente na população da faixa etária acima dos 64 anos, onde mais de metade dos indivíduos declarou ter dificuldade na realização de uma ou mais destas tarefas (3,4).

Em Portugal, de acordo com os Censos de 2011, cerca de 65.504 pessoas não conseguem compreender os outros ou fazer-se compreender. Contudo, estes indicadores não são suficientes para concluir acerca do número de pessoas com doença mental em Portugal. Em relação à incapacidade física, são cerca de 11% as pessoas residentes que manifestam algum tipo de limitação física (4).

1.1.3. Saúde oral dos pacientes com incapacidade

Os cuidados de saúde em pacientes com incapacidades requerem um conhecimento especializado, cuidados e atenção redobrados e uma adaptação das medidas de prevenção para além daquelas que são habitualmente rotina. (5)

Quando comparadas à população em geral, as pessoas com incapacidade física e/ou mental são consideradas um grupo populacional muito vulnerável, apresentando um maior risco e prevalência de doenças na cavidade oral. (6,7)

Segundo alguns estudos, os pacientes com incapacidade apresentam duas vezes mais risco de cuidados orais insatisfatórios do que os que não apresentam qualquer tipo de problema. (7)

A saúde oral engloba o ato de falar, mastigar, engolir, sorrir e demonstrar emoções através de expressões faciais com confiança, sem desconforto, dor ou doença do complexo craniofacial. (8) As deficiências neurológicas e de desenvolvimento associadas a este tipo de pacientes acentuam alguns problemas orais. É comum encontrar nestes pacientes uma pobre higiene oral, periodontite generalizada severa, xerostomia e, claramente, uma maior incidência de cárie associada a uma dieta com preferência por alimentos moles e com alto teor de açúcar. (9)

São pacientes com uma maior incidência de problemas também a nível oclusal, onde frequentemente encontramos oclusões traumáticas ou bruxismo, desgastes dentários associados e hipersensibilidade. Aparecem vulgarmente pacientes parcial ou totalmente edêntulos onde o uso de próteses está dificultado ou restrito pelo alto risco no uso das mesmas. (10)

A progressão e o acumular de patologias orais leva muitas vezes a que haja dor, infeção, ansiedade associada, limitações na realização de tarefas do quotidiano nomeadamente a nível da mastigação, fala e ainda afetação nas interações sociais e qualidade de vida. (11)

O atendimento médico-dentário de pessoas com incapacidade é uma das necessidades de saúde mais negligenciadas e, em boa verdade, quando os cuidados de saúde oral não atendem às necessidades individuais de cada pessoa, isso pode

ter consequências a nível da sua saúde geral e bem-estar. (7) Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) pretende que, para 2025, os objetivos de saúde oral sejam: a redução da proporção de pacientes jovens com cárie dentária e doenças periodontais e o aumento para 75% da população jovem com conhecimento suficiente sobre a causa e prevenção das doenças da cavidade oral. (12)

1.2.Barreiras à saúde oral da pessoa com incapacidade

Hoje em dia, os pacientes com incapacidade recorrem cada vez mais a consultas médico-dentárias, embora ainda em níveis considerados não satisfatórios.

Apesar disso os profissionais encontram ainda bastantes dificuldades em realizar o atendimento destes indivíduos. (13) São exemplo destes impedimentos: a necessidade de instalações adequadas aos cuidados destes pacientes; a falta de recursos financeiros por parte das famílias; a ansiedade inerente aos tratamentos; a falta de cooperação, entre outras. (14)

A falta de acesso aos serviços médico-dentários tem sido explicada através do uso de seis dimensões: acessibilidade, recursos financeiros, disponibilidade, aceitabilidade, acomodação e adequação. (15, 16)

1.2.1.Acessibilidade

Quando se fala em acessibilidade, referimo-nos essencialmente aos meios físicos pelos quais os pacientes com incapacidade chegam até aos serviços médico-dentários. (17) A falta de instalações adequadas e acessíveis mostra-se como uma barreira ao acesso a cuidados de saúde oral. Também no serviço público de saúde há uma lacuna no atendimento médico-dentário especializado para estes doentes dificultando o acesso aos cuidados preventivos e ao tratamento dentário. (16)

De acordo com a literatura, o dia-a-dia destes pacientes está muitas vezes condicionado pela ausência de transporte até ao consultório do médico dentista, pela falta de estacionamento adequado, ou até pela existência de clínicas dentárias não disponíveis para lhes efetuar o tratamento. (16-19)

1.2.2. Recursos financeiros

A dimensão recursos financeiros diz respeito ao custo e possibilidade de pagar pelos serviços prestados. (17) A falta de recursos financeiros das famílias e a inexistência de um seguro de saúde oral evidenciam-se como uma clara barreira ao acesso a tratamentos dentários. (18) É comum os pacientes com incapacidades recorrerem à família, amigos, autoridades escolares e assistentes sociais para conseguirem o valor necessário para a realização do seu tratamento. (20) Foi demonstrado que, particularmente em crianças com incapacidade e com necessidades económicas, o índice de cárie é duas vezes mais alto comparativamente às restantes. O baixo estatuto socioeconómico influencia a assiduidade às consultas. (21)

De salientar que na maioria dos estudos, nota-se preocupação por parte dos cuidadores face às restrições financeiras e custos dos tratamentos médico dentários. (16, 18, 19)

1.2.3. Disponibilidade

A dimensão disponibilidade diz respeito ao volume e tipo de serviços disponíveis que permitem a escolha e inclusão da pessoa com incapacidade. (17)

Os pacientes com incapacidade não parecem possuir conhecimento suficiente acerca das medidas de higiene oral e da importância da prevenção precoce para evitar o desenvolvimento de infeções e a progressão de doenças. (18) Esta baixa perceção da importância da saúde oral é também evidente por parte dos pais e cuidadores já que muitas vezes subestimam ou desvalorizam a necessidade de tratamento, a dor oral, o desconforto do indivíduo e também não estão a par dos serviços e apoios de saúde disponíveis para as pessoas com incapacidade. (19, 22-24) Assim, é impreterível que os profissionais de saúde se mostrem disponíveis, com conhecimentos e competências para atender estes indivíduos e que utilizem uma linguagem acessível de modo que, tanto as pessoas com incapacidade como os seus cuidadores, consigam compreender tudo o que o profissional lhes pretende transmitir. (18, 25) Pessoas com incapacidade física e/ou mental leve podem beneficiar da utilização de técnicas especiais, por exemplo, técnicas comportamentais (técnica *tell-show-do*, controlo da voz, a estabilização assistida, a pré-medicação sedativa ou uma combinação destas técnicas), para melhorar o seu grau de colaboração. (24)

Devido a todas as condicionantes que os pacientes com incapacidades apresentam, a higiene oral destes é efetuada, maioritariamente, pelos cuidadores que identificam como principais motivos para a falha de cuidados a falta de colaboração dos pacientes, falta de tempo, de pessoal, de equipamento e a dificuldade em realizar tarefas do cuidado diário como a utilização do fio dentário. (25, 26)

A escovagem quando não é supervisionada ou incentivada leva a uma falta de higiene oral com acumulação de placa bacteriana. O conhecimento limitado dos cuidadores e o facto de estes não transmitirem as competências necessárias para uma adequada escovagem dentária, resulta numa participação inativa por parte das pessoas com incapacidade. (27)

Posto isto, de modo a melhorar a saúde oral dos pacientes com incapacidade que têm a seu cargo, a literatura recomenda a formação e preparação dos cuidadores. (15)

1.2.4.Aceitabilidade

Esta dimensão diz respeito ao nível de satisfação que os pacientes expressam e gira em torno do que faz uma experiência de tratamento satisfatória. (17)

A falta de confiança entre os médicos dentistas tem sido apontada como uma barreira na sua competência em fornecer um tratamento abrangente para pacientes com incapacidade. Poucos são os profissionais a demonstrar interesse em envolver-se rotineiramente na prestação de atendimento médico-dentário a estes indivíduos. (14)

1.2.5.Acomodação

A acomodação refere-se aos horários de funcionamento da clínica, ao tempo de espera para consultas e às burocracias relacionadas com os tratamentos médico-dentários. (17)

Surgem como barreiras frequentemente relatadas nesta dimensão: os demorados momentos de espera para obter uma marcação, lentidão no fluxo de atendimento, falta de equipamentos e a falta de opções alternativas como sedação consciente e anestesia geral que implicam investimentos altos e também que o profissional adquira formação especializada. (16, 28) De salientar que a utilização de

anestesia geral nestes pacientes surge relatada como sendo uma das opções menos desejáveis para o tratamento por parte dos cuidadores. (16, 24)

1.2.6.Adequação

Esta dimensão refere-se em que medida a abordagem centrada na pessoa é seguida nos serviços médico-dentários, e se são realizados ajustes de acordo com as necessidades do indivíduo. (16) Para uma grande maioria de indivíduos com incapacidade, o ambiente clínico em medicina dentária induz ansiedade. Isto deve-se em grande parte a um défice cognitivo e de compreensão de todo o processo subjacente ao tratamento médico-dentário, assim como à sua incapacidade para expressar receios, ansiedades, inquietações e outras emoções durante a consulta. (29).

A ansiedade e o medo influenciam muito na satisfação do paciente e também no rendimento da consulta, e, por vezes, demovem o indivíduo de aceder aos serviços médico-dentários. (16, 28) Estes dois sentimentos podem surgir por histórias contadas por familiares e amigos, por movimentos repentinos do médico dentista e pelos sons ouvidos no consultório do médico dentista, em particular dos instrumentos rotatórios. (28) É, por isso, importante tentar controlar a ansiedade, desmitificar todos os medos e adequar o tratamento de acordo com as características de cada indivíduo. (30)

Em suma, só nas últimas décadas se começou a despertar para as condicionantes relacionadas com os problemas do atendimento e dos cuidados de saúde oral da população em geral e das pessoas com incapacidade em particular. Por conseguinte, todos os programas de educação e promoção de Saúde Oral desenvolvidos são ainda escassos para as necessidades existentes. É preciso uma estratégia concertada, com políticas de saúde que proporcionem cuidados de saúde oral a todas as pessoas, de maneira igual, por forma a impulsionar esta tendência evolutiva.

1.3.Aprendizagem-Serviço

“A inclusão das pessoas com incapacidades é um objetivo estratégico para a valorização de todos os cidadãos e cidadãs.” (31) Para que uma sociedade possa concretizar o seu verdadeiro potencial, tem de saber incluir todos os cidadãos e, por isso mesmo, há que tomar medidas e arranjar soluções. Para implementar mudanças favoráveis no comportamento e atitudes dos pacientes, a educação em saúde oral através de palestras tradicionais onde o médico dentista apresenta as informações necessárias não é o método mais adequado. (32) Surge então um método de aprendizagem inovador na educação em saúde oral com bons resultados na melhoria do conhecimento, do comportamento e das atitudes em saúde: a Aprendizagem-Serviço. (12, 32)

1.3.1.Definição

Para Rovira *et al.*, Aprendizagem-Serviço fundamenta-se numa proposta educativa em que, na mesma atividade, se concilia a aprendizagem de assuntos, competências e valores, com a execução de atividades de serviço em benefício da comunidade. Desta forma, a ApS é um método para acoplar êxito escolar e compromisso social. (33)

Para Veghazi, a Aprendizagem-Serviço tem como característica a possibilidade de condução e incentivo da avidez da participação dos jovens e dos seus interesses. Desta forma abre-se caminho para que as aprendizagens recebidas sejam transformadas em termos sociais. (34)

Carbonell, foi outro dos autores que definiu esta filosofia educativa. Segundo o autor, a Aprendizagem-Serviço baseia-se em dois alicerces: a educação em valores, encarando desafios problemáticos através dos instrumentos oferecidos pela inteligência moral; e a educação para a cidadania, pautada por uma participação ativa, responsável, cooperativa e solidária com o intuito de apoiar na melhoria da qualidade de vida da sociedade. (35)

Seria de todo exaustivo descrever todos os autores e suas definições relativamente ao tema “Aprendizagem-Serviço”. Podemos, porém, referir o que todas as definições têm em comum: a aprendizagem curricular e o serviço comunitário. (36)

A Aprendizagem-Serviço (ApS) é um tipo de metodologia pedagógica que permite que tanto crianças como jovens possam desenvolver os seus conhecimentos e habilidades através da prestação de um serviço solidário à comunidade. (37) A premissa desta metodologia consiste numa educação experimental que favorece o crescimento a 3 níveis: intelectual, moral e físico. (38) Permite aos alunos relacionarem o que aprenderam teoricamente em sala de aula com as necessidades práticas da comunidade, possibilitando também que a sociedade usufrua do serviço prestado, sendo uma mais-valia para todos.

1.3.2. Aprendizagem-Serviço no ensino superior

O ensino superior é um período de mudança na vida dos jovens adultos que o frequentam. (39) As instituições de ensino, ao nível da formação graduada tem a responsabilidade de consciencializar e dotar os seus estudantes de instrumentos que os ajudem a enfrentar e integrar a vida ativa na sociedade. O atendimento de indivíduos com incapacidades é um desafio das novas sociedades. Assim sendo, proporcionar aos estudantes o contato com a ApS assume essencial importância, não apenas na influência que pode ter no seu desenvolvimento enquanto profissionais, técnicos, no aprimoramento e escolha das técnicas de tratamento mais adequadas, mas também pela influência que pode ter na sua construção enquanto pessoa integrada numa sociedade, que tem que comunicar e se relacionar com as diferenças dos outros. (13)

De acordo com o relatório “Educação: um tesouro a descobrir” da Comissão internacional para a UNESCO, durante toda a vida a educação assenta em 4 pilares fundamentais, estando o conceito de ApS e o seu impacto nos alunos em total sintonia com os mesmos. (39, 40) O primeiro desses pilares é o “aprender a conhecer”. Aqui, pretende-se que o serviço solidário estimule a motivação, conduza a uma ampla visão da aprendizagem, relacione os conhecimentos teóricos em situações reais e proporcione novas aprendizagens. Segue-se o “aprender a fazer”, em que se deseja que os alunos desenvolvam competências para trabalhar em equipa respondendo e agindo perante novos desafios. No “aprender a conviver”, em que se pretende que os alunos potencializem relações positivas em contexto de sala de aula e fora da mesma e que sejam compreensivos. Por último, mas não menos importante, “aprender a ser”. Deve-se aqui, estimular o raciocínio, a memória, o sentido estético, as capacidades físicas, e até a capacidade de comunicar. Pretende-se que o aluno envolvido atinja

autonomia, responsabilidade pessoal e discernimento. (39, 40) Neste sentido, é importante conceber a educação como um todo, adaptando-a às mudanças da sociedade, enquanto se promove a relação entre responsabilidade social e qualidade académica sem nunca esquecer as experiências de vida e o conhecimento básico. (39)

1.4.Projeto “Sorrisos Especiais”

A Universidade Católica Portuguesa lançou um projeto de Institucionalização da Aprendizagem-Serviço (ApS) através dos seus quatro campi. Em Viseu, a Faculdade de Medicina Dentária tem vindo a utilizar esta metodologia para desenvolver competências diferenciadoras nos seus alunos e, simultaneamente, incrementar a investigação e os serviços de saúde oral prestados às comunidades locais.

Através de uma parceria com a Câmara Municipal de Viseu, a Faculdade de Medicina Dentária lançou assim o projeto “Sorrisos Especiais” onde alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária puderam identificar e tratar as principais patologias orais de pessoas com incapacidade física e/ou mental e ainda realizar ações de promoção de saúde oral tanto para os utentes como para os cuidadores, ao mesmo tempo em que colocam em prática todos os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação. Este projeto permite não só que muitas das barreiras no acesso a serviços médico-dentários sejam ultrapassadas (acessibilidade física, disponibilidade de serviços e recursos financeiros), mas também a formação de pacientes e seus cuidadores sobre os direitos que têm nos apoios à saúde oral, estimulando-os a ter um papel ativo na prevenção da patologia oral.

1.5.Objetivos

Neste sentido, este projeto contempla três grandes objetivos:

1. Avaliar e quantificar a tipologia de tratamentos médico-dentários realizados no âmbito da experiência de Aprendizagem-Serviço “Sorrisos Especiais”, percebendo quais as principais necessidades dos pacientes participantes no projeto;

2. Determinar a influência desta ferramenta de inovação pedagógica na formação de profissionais de saúde socialmente responsáveis, nomeadamente através da avaliação das mudanças de atitudes face ao tratamento de pessoas com incapacidade física e/ou mental;
3. Avaliar a perceção da experiência de ApS na ótica de cuidadores formais/informais.

MATERIAIS E MÉTODOS

2. Materiais e métodos

2.1 Desenho do estudo

Estudo de natureza mista (observacional descritivo transversal e de intervenção pedagógica), tendo constado de um levantamento de todos os tratamentos médico-dentários efetuados a pacientes com deficiência no âmbito do projeto “Sorrisos Especiais”, bem como da aplicação da versão portuguesa da escala de avaliação das ‘Atitudes em relação às Pessoas com Incapacidade’ (ATDP-0) aos alunos envolvidos, antes e após o término do projeto. Foi ainda administrado um questionário para avaliação da percepção da experiência de Aprendizagem-Serviço junto das instituições/cuidadores participantes.

2.2 – Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 54 alunos do 4º e 5º anos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, por 6 responsáveis/cuidadores das instituições participantes no projeto “Sorrisos Especiais” e pelos pacientes com incapacidade participantes no projeto. Foi ainda efetuado um levantamento dos tratamentos realizados por tipologia.

2.3 – Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados aos alunos foi feita através da versão validada para Portugal da escala de 'Atitudes em relação às Pessoas com Incapacidade': ATDP-O (validada por Martins *et al.*) em 2007 (Anexo 1). Este questionário foi aplicado aos alunos em dois momentos diferentes, no início do projeto e no final.

O questionário é constituído por 20 questões. Para cada questão os parâmetros são avaliados através de uma escala que varia desde discordo por inteiro (-3) até concordo inteiramente (+3), e o significado é obtido através da pontuação total de todos os itens. Para os itens 2, 5, 6, 11 e 12, a escala foi formulada no sentido inverso, modificando-se o sinal das respostas.

Depois somam-se todos os itens e após este passo, invertemos o sinal da soma. De modo a eliminar os valores negativos, adiciona-se o valor constante de 60

ao resultado final, podendo este variar entre 0 e 120. Quanto mais alto é o valor mais positivas são as atitudes e maior é a aceitação. (41)

Para além disto, foi aplicado aos cuidadores um questionário desenvolvido pela equipa da CApS UCP, com o intuito de avaliar a perceção do projeto nas instituições/cuidadores.

Este questionário encontra-se disponível em:

https://ucpcrp.qualtrics.com/jfe/form/SV_abM7YzoA8U2Unie.

Ambos os questionários tiveram autorização de utilização pelos autores originais.

2.4 – Análise estatística

Uma vez aplicados os instrumentos de recolha de dados, importa proceder à respetiva análise e interpretação dos mesmos. O método estatístico é o mais adequado. Inicialmente, para uma melhor perceção dos resultados, foi utilizada uma estatística descritiva, recorrendo a frequências, médias, desvios-padrão, número máximo e número mínimo. Os resultados são apresentados em formato gráfico.

De seguida, para averiguar as possíveis relações existentes entre as diferentes variáveis em estudo, foi utilizada uma estatística inferencial, em que a normalidade dos dados foi testada através da aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, bem como o teste de Shapiro-Wilk, tendo-se obtido para todas as variáveis um valor de $p < 0,05$.

Para avaliar as diversas variáveis estudadas em diferentes momentos, recorreu-se ao teste paramétrico t-Student para amostras emparelhadas. Como alternativa não paramétrica utilizou-se o teste de Wilcoxon, de acordo com Maroco. (42)

Foram considerados resultados estatisticamente significativos sempre que a probabilidade de significância foi inferior ou igual a 0,05.

Todos os dados foram inseridos numa base de dados em Microsoft Office Excel 2007, criada para o efeito, e trabalhada em *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25.0.

2.5 – Princípios éticos

Para a realização da parte metodológica deste estudo foi obtido o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Anexo 2) na reunião do dia 21 de janeiro de 2022, presidida pela Prof. Doutora Mara de Sousa Freitas.

Este estudo teve em conta os princípios éticos, relacionados com a participação voluntária, o anonimato e a confidencialidade das respostas. Todos os participantes preencheram o termo de consentimento livre e informado (Anexo 3). A confidencialidade de todos os participantes foi assegurada através da atribuição de um código a cada indivíduo.

De salientar que a cada participante foi dada a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas, sendo possível retirar o consentimento a qualquer momento do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis e estando garantida a total ausência de algum tipo de prejuízo.

RESULTADOS

3.Resultados

3.1.Tratamentos médico-dentários realizados no âmbito da experiência de Aprendizagem-Serviço “Sorrisos Especiais”

Nesta secção são apresentados os resultados obtidos, referentes aos 111 pacientes com Incapacidade que realizaram tratamentos médico-dentários na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu. Os 111 pacientes, provenientes de 5 Instituições diferentes, realizaram um total de 563 tratamentos.

Na figura 1 ilustra-se a distribuição dos pacientes pelas várias Instituições que participaram no Projeto “Sorrisos Especiais”. Observa-se que 62,2% (n=69) são provenientes da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Viseu – (APPACDM de Viseu na globalidade dos seus polos); 18,9% (n=21) são utentes do Centro de Apoio a Deficientes Santo Estevão, União das Misericórdias Portuguesas – (CSE – UMP); 7,2% (n=8) são associados da União de Apoio ao Surdo e Populações Especiais (Surdisol); 6,3% (n=7) são utentes da Associação de Paralisia Cerebral de Viseu (APCV) e 5,4% (n=6) provêm da Associação dos cegos e Amblíopes de Portugal (ACAPO).

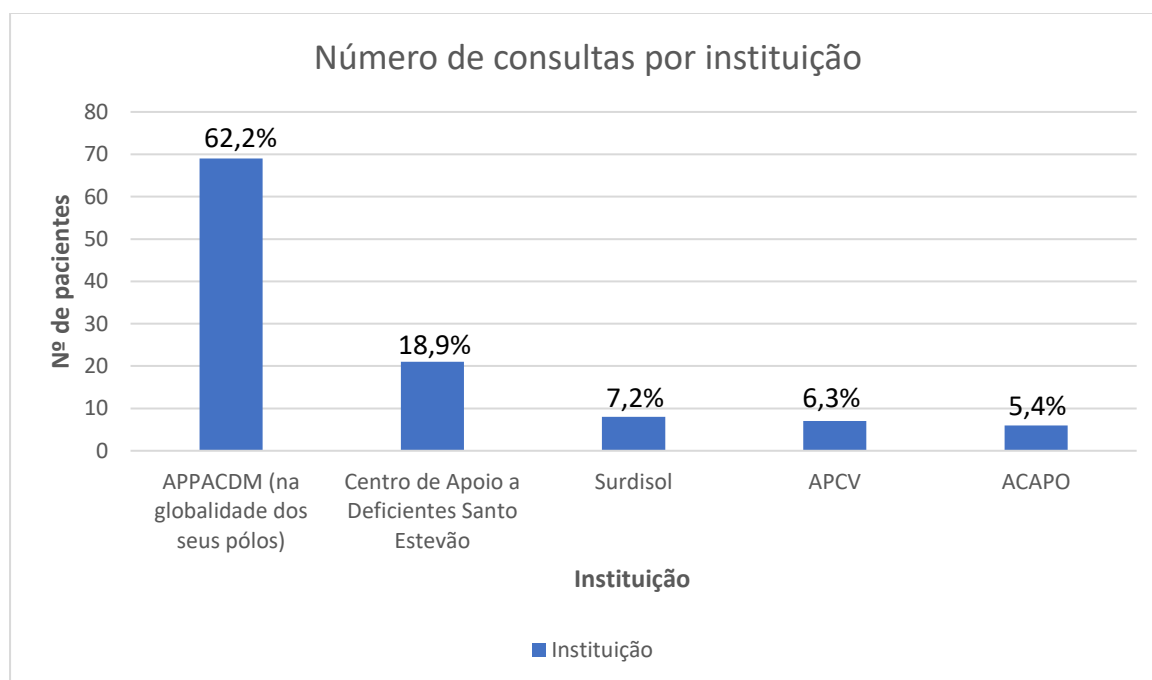


Figura 1 - Distribuição da frequência da amostra de acordo com o número de pacientes de cada instituição.

Observando a figura 2, no que diz respeito à tipologia dos tratamentos realizados no âmbito do projeto “Sorrisos Especiais”, observa-se um total de 563 tratamentos realizados em 465 consultas. No total foram realizados:

- 111 diagnósticos clínicos (19,7%), sendo que cada diagnóstico consistiu na recolha de uma cuidada história clínica (médica e dentária), em exames complementares de diagnóstico (raios-x: ortopantomografia, periapicais e bitewings) e no preenchimento do odontograma;
- 132 destartarizações (23,4%);
- 129 restaurações dentárias (22,9%);
- 120 extrações dentárias (21,3%);
- 25 procedimentos protéticos, nomeadamente rebasamentos; acrescentos de dentes; concertos de fraturas (4,4%);
- 24 endodontias (4,3%);
- 16 aplicações tópicas de flúor (2,9%);
- 6 aplicações de selantes de fossas e fissuras (1,1%).

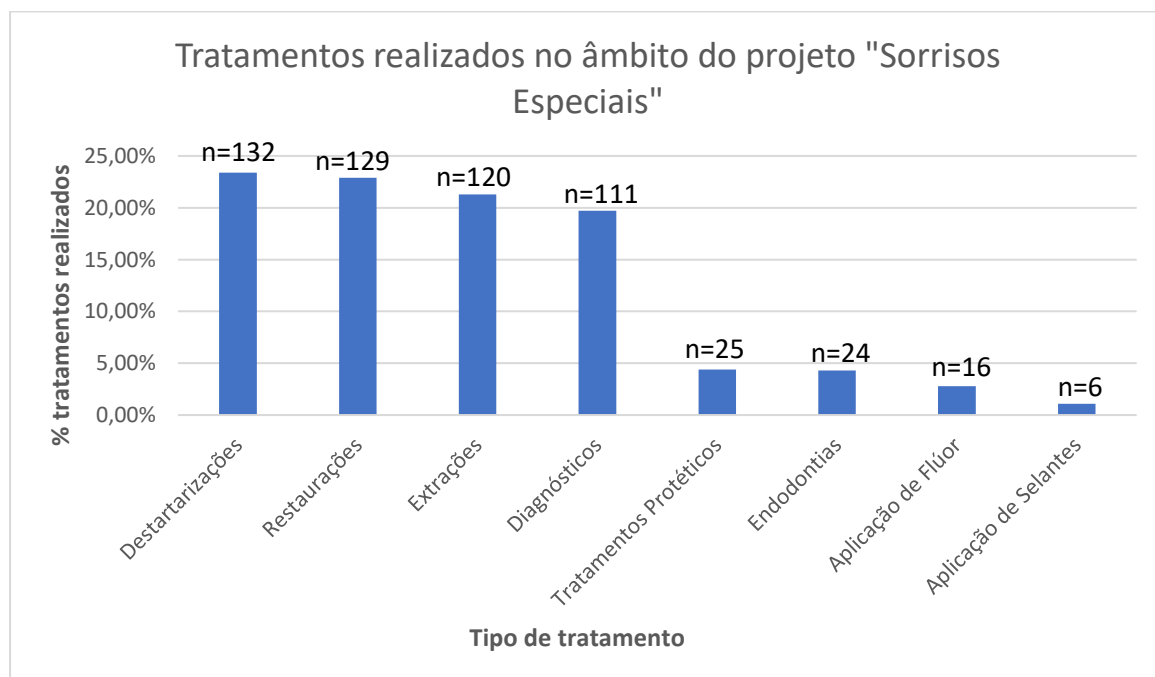


Figura 2 – Distribuição da frequência da amostra de acordo com o tipo de tratamento realizado.

3.2. Determinação da influência da Aprendizagem-Serviço na formação de profissionais de saúde

Nesta secção são apresentados os resultados obtidos, referentes aos 54 questionários administrados aos alunos do 4º e 5º anos do MIMD que fizeram parte da experiência ApS e aceitaram participar no presente estudo.

Os valores da escala foram determinados a partir do cálculo do somatório dos valores de todos os itens, após a inversão da escala realizada para os itens 2, 5, 6, 11 e 12, podendo esta soma variar entre -60 e +60. De seguida inverteu-se o sinal da soma e depois adicionou-se o valor de 60 ao resultado para eliminar os valores negativos. Desta forma, a escala pode variar entre um valor mínimo possível de 0 e um valor máximo possível de 120.

Na tabela 1 apresentam-se os Valores da Média e Desvio Padrão nos dois momentos de avaliação.

Tabela 1 – Valores da Média e Desvio padrão nos dois momentos de avaliação.

N=54	Antes		Depois	
	M	DP	M	DP
1. Os pais de crianças com incapacidade devem ser menos austeros do que os outros pais.	-0,09	1,66	0,04	1,48
2. As pessoas com incapacidade físicas são exatamente tão inteligentes como as que não apresentam esse tipo de incapacidade.	1,59	1,73	1,74	1,59
3. É habitualmente mais fácil conviver (lidar) com as pessoas com incapacidade do que com as outras.	-1,22	1,42	-0,94	1,46
4. A maior parte das pessoas com incapacidades sentem pena de si próprias.	-0,94	1,57	-0,93	1,46
5. As pessoas com incapacidades são iguais a quaisquer outras.	1,54	1,61	1,65	1,49
6. Não deveria haver escolas especiais para crianças com incapacidades.	-1,33	1,91	-1,20	1,77
7. Seria melhor para as pessoas com incapacidades viverem e trabalharem em comunidades especiais.	-0,83	1,81	-0,78	1,68
8. É dever do Estado olhar pelas pessoas com incapacidade.	1,87	1,23	1,87	1,32
9. A maior parte das pessoas com incapacidades tem grandes preocupações.	0,67	1,57	0,69	1,52
10. Não se deve esperar que as pessoas com incapacidades atinjam os mesmos níveis das outras pessoas.	-0,80	2,02	-0,93	1,86
11. As pessoas com incapacidades são tão felizes quanto as outras pessoas.	1,67	1,47	1,59	1,56

12. Não é mais difícil conviver com as pessoas com múltiplas incapacidades do que com as outras com incapacidades menos severas.	-0,69	1,40	-0,39	1,61
13. É quase impossível que uma pessoa com incapacidades leve uma vida normal.	-1,50	1,24	-1,15	1,57
14. Não se deve esperar demasiado das pessoas com incapacidades.	-1,67	1,49	-1,52	1,66
15. As pessoas com incapacidades têm tendência a isolar-se nelas próprias a maior parte do tempo.	-0,11	1,57	0,04	1,58
16. As pessoas com incapacidades perturbam-se mais facilmente do que as outras pessoas.	-0,17	1,65	-0,06	1,75
17. As pessoas com incapacidades não conseguem ter uma vida social normal.	-0,72	1,84	-1,02	1,80
18. A maior parte das pessoas com incapacidades acham que não são tão capazes como as outras pessoas.	-0,22	1,69	-0,11	1,67
19. Tem que se ter cuidado com o que se diz quando se está na companhia de pessoas com incapacidades.	0,54	1,57	0,09	1,71
20. As pessoas com incapacidades são frequentemente mal-humoradas.	-1,80	1,16	-1,81	1,33

Escala de medida: "-3"- discordo por inteiro; "-2" – discordo bastante; "-1"- Discordo um pouco; "+1" – concordo em parte; "+2"- concordo bastante; "+3"– concordo inteiramente. M – média; DP – Desvio Padrão.

Tendo por base a tabela 1 verifica-se que, de um modo geral, após a experiência ApS, há uma evolução favorável na perceção que os inquiridos têm acerca das pessoas com incapacidade. Os 14 itens com classificação negativa no momento inicial baixaram para 12, após a experiência ApS, com o valor médio a passar de -0,21 para -0,16. Assim sendo é visível o efeito positivo da ApS na perceção global das pessoas com incapacidade.

Nesse sentido, destacamos os itens 3 e 12 como aqueles onde se verificou uma mudança mais positiva na atitude dos inquiridos em relação às pessoas com incapacidade.

Na figura 3 apresentam-se os resultados dos itens da Escala ATDP-O nos dois momentos de avaliação.

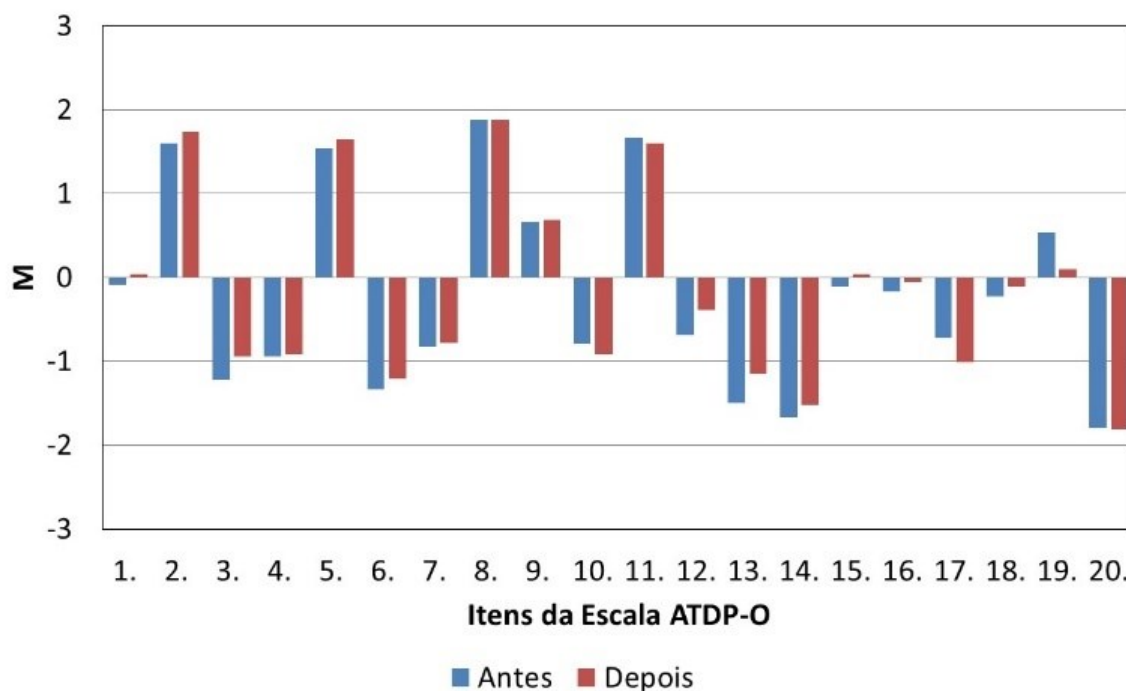


Figura 3 - Resultados dos Itens da Escala ATDP-O nos dois momentos de avaliação.

Observando a figura 3 verificam-se pequenas variações no valor da média das respostas a cada item da escala entre a primeira aplicação do questionário (antes da experiência ApS) e a segunda aplicação do questionário (depois da experiência ApS). Os valores positivos indicam prevalência da concordância (itens 2, 5, 8, 9 e 11) e os valores negativos indicam prevalência da discordância (itens 3, 4, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 17 e 20), que são tanto maiores quanto maior é o valor absoluto, e os valores próximos de zero indicam que não ocorre prevalência nem da concordância nem da discordância (itens 1, 15, 16, 18 e 19).

Na tabela 2 apresentam-se os Valores da Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo nos dois momentos de avaliação.

Tabela 2 - Escala ATDP-O: Comparação entre a primeira aplicação (antes da experiência ApS) e a segunda aplicação (depois da experiência ApS).

N=54	M	DP	Min	Max
Primeira aplicação (antes da experiência)	69,8	14,1	42	103
Segunda aplicação (depois da experiência)	69,9	13,8	42	99

M – média; DP – Desvio Padrão; Min – mínimo; Max – máximo.

Na tabela 3 apresentam-se os valores comparativos da escala ATDP-O, entre a primeira (antes da experiência ApS) e a segunda aplicação (depois da experiência ApS), utilizando o teste de amostras emparelhadas de Maroco (42).

Tabela 3 - Escala ATDP-O: Comparação entre a primeira aplicação (antes da experiência ApS) e a segunda aplicação (depois da experiência ApS), utilizando o teste de amostras emparelhadas de Maroco (42).

Escala ATDP-O	M	DP	IC a 95%		t ₅₃	p
			LI	LS		
primeira aplicação (antes da experiência) - segunda aplicação (depois da experiência)	0,130	7,087	-1,805	2,064	0,134	0,894

M – média; DP – Desvio Padrão; IC – intervalo de confiança; t₅₃ – teste t; p – valor-p.

Na amostra, o valor da Escala ATDP-O aumenta apenas ligeiramente da primeira aplicação (antes da experiência) com M=69,8 para a segunda aplicação (depois da experiência) com M=69,9, estando ambos os valores acima do ponto intermédio da escala. Em média o aumento é de apenas M=0,130 com um intervalo de confiança a 95% de [-1,805; 2,064], não sendo a variação estatisticamente significativa, de acordo com o teste t para amostras emparelhadas (t₅₃=0,134, p=0,894), uma vez que o valor de prova é muito superior a 5%.

Na figura 4 apresenta-se uma comparação entre a primeira aplicação (antes da experiência) e a segunda aplicação (depois da experiência), verificando-se que os valores aumentaram ligeiramente.

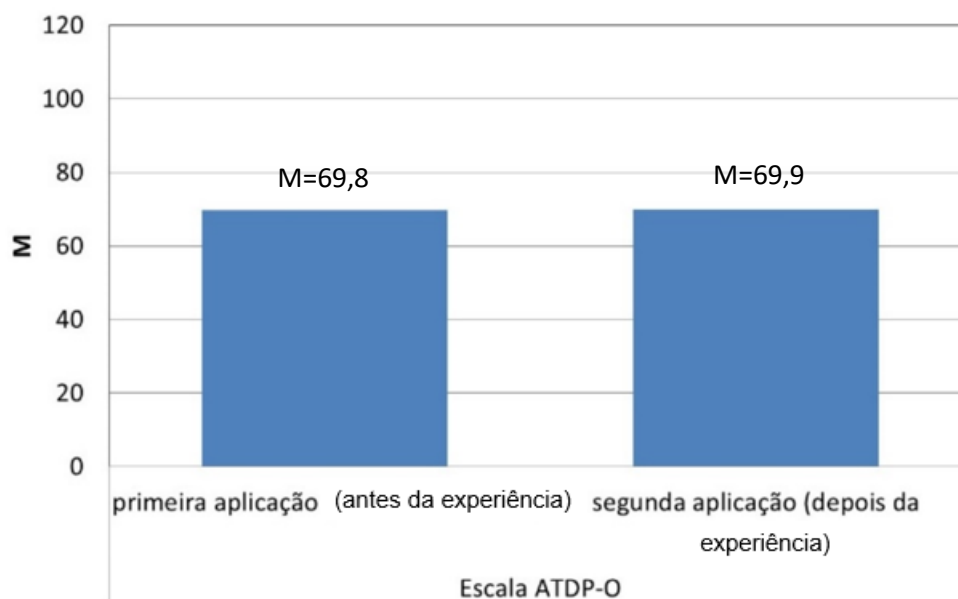


Figura 4 - Comparação entre a primeira aplicação (antes da experiência) e a segunda aplicação (depois da experiência) em termos de médias.

Na tabela 4 apresentam-se os resultados das respostas aos itens da escala ATDP-O, na primeira aplicação do questionário (antes da experiência ApS).

Tabela 4 – Respostas aos itens da Escala ATDP-O, na primeira aplicação do questionário.

	-3		-2		-1		1		2		3	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Os pais de crianças com incapacidade devem ser menos austeros do que os outros pais.	5	9,3%	4	7,4%	19	35,2%	19	35,2%	3	5,6%	4	7,4%
2. As pessoas com incapacidade físicas são exatamente tão inteligentes como as que não apresentam esse tipo de incapacidade.	2	3,7%	2	3,7%	6	11,1%	9	16,7%	12	22,2%	23	42,6%
3. É habitualmente mais fácil conviver (lidar) com as pessoas com incapacidade do que com as outras.	10	18,5%	16	29,6%	17	31,5%	9	16,7%	2	3,7%		
4. A maior parte das pessoas com incapacidades sentem pena de si próprias.	6	11,1%	21	38,9%	11	20,4%	13	24,1%	2	3,7%	1	1,9%
5. As pessoas com incapacidades são iguais a quaisquer outras.	1	1,9%	3	5,6%	5	9,3%	12	22,2%	14	25,9%	19	35,2%

	-3		-2		-1		1		2		3	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6. Não deveria haver escolas especiais para crianças com incapacidades.	18	33,3%	16	29,6%	9	16,7%	3	5,6%	4	7,4%	4	7,4%
7. Seria melhor para as pessoas com incapacidades viverem e trabalharem em comunidades especiais.	13	24,1%	11	20,4%	10	18,5%	15	27,8%	4	7,4%	1	1,9%
8. É dever do Estado olhar pelas pessoas com incapacidade.	0		2	3,7%	2	3,7%	12	22,2%	19	35,2%	19	35,2%
9. A maior parte das pessoas com incapacidades tem grandes preocupações.	1	1,9%	2	3,7%	17	31,5%	12	22,2%	18	33,3%	4	7,4%
10. Não se deve esperar que as pessoas com incapacidades atinjam os mesmos níveis das outras pessoas.	16	29,6%	8	14,8%	11	20,4%	9	16,7%	7	13,0%	3	5,6%
11. As pessoas com incapacidades são tão felizes quanto as outras pessoas.	1	1,9%	1	1,9%	6	11,1%	8	14,8%	21	38,9%	17	31,5%
12. Não é mais difícil conviver com as pessoas com múltiplas incapacidades do que com as outras com incapacidades menos severas.	2	3,7%	14	25,9%	23	42,6%	11	20,4%	3	5,6%	1	1,9%
13. É quase impossível que uma pessoa com incapacidades leve uma vida normal.	10	18,5%	21	38,9%	17	31,5%	4	7,4%	2	3,7%	0	
14. Não se deve esperar demasiado das pessoas com incapacidades.	20	37,0%	17	31,5%	7	13,0%	9	16,7%	1	1,9%	0	
15. As pessoas com incapacidades têm tendência a isolar-se nelas próprias a maior parte do tempo.	3	5,6%	9	16,7%	15	27,8%	18	33,3%	9	16,7%	0	
16. As pessoas com incapacidades perturbam-se mais facilmente do que as outras pessoas.	6	11,1%	6	11,1%	14	25,9%	23	42,6%	3	5,6%	2	3,7%
17. As pessoas com incapacidades não conseguem ter uma vida social normal.	10	18,5%	12	22,2%	14	25,9%	9	16,7%	7	13,0%	2	3,7%
18. A maior parte das pessoas com incapacidades acham que não são tão capazes como as outras pessoas.	6	11,1%	7	13,0%	15	27,8%	19	35,2%	5	9,3%	2	3,7%
19. Tem que se ter cuidado com o que se diz quando se está na companhia de pessoas com incapacidades.	2	3,7%	6	11,1%	8	14,8%	25	46,3%	9	16,7%	4	7,4%
20. As pessoas com incapacidades são frequentemente mal-humoradas.	16	29,6%	20	37,0%	14	25,9%	3	5,6%	1	1,9%	0	

Escala de medida: "-3"- discordo por inteiro; "-2" – discordo bastante; "-1"- Discordo um pouco; "1" – concordo em parte; "2"- concordo bastante; "3"– concordo inteiramente. N – número; % - percentagem.

Atendendo aos resultados apresentados na tabela 4, verifica-se que de um modo geral as respostas aos Itens da Escala ATDP-O, na primeira aplicação do questionário (antes da experiência ApS) têm, na sua maioria, frequência “Discordo um pouco” e “Concordo um pouco”. Mesmo assim iremos analisar com maior pormenor cada uma delas. Relativamente às respostas “Discordo por inteiro”, observa-se em 13,70% (n=148). Quanto a “Discordo bastante”, esta é observada em 18,33% (n=198). As respostas “Concordo bastante” e “Concordo inteiramente” são observadas em 13,51% e 9,81%, respetivamente.

Na tabela 5 apresentam-se os resultados das respostas aos itens da escala ATDP-O, na segunda aplicação do questionário (depois da experiência ApS).

Tabela 5 – Respostas aos itens da Escala ATDP-O, na segunda aplicação do questionário.

	-3		-2		-1		1		2		3	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Os pais de crianças com incapacidade devem ser menos austeros do que os outros pais.	2	3,7%	4	7,4%	21	38,9%	19	35,2%	6	11,1%	2	3,7%
2. As pessoas com incapacidade físicas são exatamente tão inteligentes como as que não apresentam esse tipo de incapacidade.	1	1,9%	1	1,9%	7	13,0%	9	16,7%	11	20,4%	25	46,3%
3. É habitualmente mais fácil conviver (lidar) com as pessoas com incapacidade do que com as outras.	6	11,1%	15	27,8%	20	37,0%	10	18,5%	2	3,7%	1	1,9%
4. A maior parte das pessoas com incapacidades sentem pena de si próprias.	5	9,3%	19	35,2%	15	27,8%	12	22,2%	3	5,6%	0	
5. As pessoas com incapacidades são iguais a quaisquer outras.	1	1,9%	3	5,6%	2	3,7%	15	27,8%	14	25,9%	19	35,2%
6. Não deveria haver escolas especiais para crianças com incapacidades.	14	25,9%	16	29,6%	12	22,2%	5	9,3%	5	9,3%	2	3,7%
7. Seria melhor para as pessoas com incapacidades viverem e trabalharem em comunidades especiais.	10	18,5%	11	20,4%	14	25,9%	14	25,9%	5	9,3%	0	
8. É dever do Estado olhar pelas pessoas com incapacidade.	0		3	5,6%	1	1,9%	14	25,9%	14	25,9%	22	40,7%
9. A maior parte das pessoas com incapacidades tem grandes preocupações.	2	3,7%	1	1,9%	14	25,9%	19	35,2%	14	25,9%	4	7,4%

	-3		-2		-1		1		2		3	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10. Não se deve esperar que as pessoas com incapacidades atinjam os mesmos níveis das outras pessoas.	14	25,9%	11	20,4%	12	22,2%	10	18,5%	5	9,3%	2	3,7%
11. As pessoas com incapacidades são tão felizes quanto as outras pessoas.	2	3,7%	0		7	13,0%	8	14,8%	20	37,0%	17	31,5%
12. Não é mais difícil conviver com as pessoas com múltiplas incapacidades do que com as outras com incapacidades menos severas.	4	7,4%	11	20,4%	17	31,5%	15	27,8%	6	11,1%	1	1,9%
13. É quase impossível que uma pessoa com incapacidades leve uma vida normal.	11	20,4%	17	31,5%	12	22,2%	11	20,4%	3	5,6%	0	
14. Não se deve esperar demasiado das pessoas com incapacidades.	20	37,0%	15	27,8%	7	13,0%	10	18,5%	1	1,9%	1	1,9%
15. As pessoas com incapacidades têm tendência a isolar-se nelas próprias a maior parte do tempo.	3	5,6%	10	18,5%	9	16,7%	24	44,4%	8	14,8%	0	
16. As pessoas com incapacidades perturbam-se mais facilmente do que as outras pessoas.	8	14,8%	3	5,6%	13	24,1%	23	42,6%	4	7,4%	3	5,6%
17. As pessoas com incapacidades não conseguem ter uma vida social normal.	14	25,9%	10	18,5%	16	29,6%	7	13,0%	5	9,3%	2	3,7%
18. A maior parte das pessoas com incapacidades acham que não são tão capazes como as outras pessoas.	7	13,0%	4	7,4%	14	25,9%	22	40,7%	6	11,1%	1	1,9%
19. Tem que se ter cuidado com o que se diz quando se está na companhia de pessoas com incapacidades.	4	7,4%	7	13,0%	13	24,1%	19	35,2%	8	14,8%	3	5,6%
20. As pessoas com incapacidades são frequentemente mal-humoradas.	17	31,5%	21	38,9%	13	24,1%	0		1	1,9%	2	3,7%

Escala de medida: "-3"- discordo por inteiro; "-2" – discordo bastante; "-1"- Discordo um pouco; "1" – concordo em parte; "2"- concordo bastante; "3" – concordo inteiramente. N – número; % - percentagem.

Tendo por base a tabela 5 verifica-se que de um modo geral as respostas apresentadas melhoram os seus resultados aumentando a frequência "Discordo um pouco". Mesmo assim iremos analisar com mais pormenor cada uma delas. Relativamente à resposta "Discordo por inteiro" observa-se que esta ocorre em 13,42% (n=145) dos indivíduos, não houve uma diminuição significativa da frequência desta resposta. Quanto à resposta "Discordo bastante" a sua frequência apresenta-se também diminuída. No que trata a "Concordo bastante" e "Concordo inteiramente" apresentaram resultados similares ao momento inicial (prévio à ApS).

3.3. Questionários aos Cuidadores

3.3.1. Caracterização sociodemográfica dos cuidadores

O inquérito foi respondido por 6 cuidadores, mas apenas 4, por motivos alheios aos investigadores do estudo, preencheram o questionário na totalidade.

Observando a tabela 6, no que diz respeito aos dados sociodemográficos dos cuidadores, dos 6 indivíduos com idades compreendidas entre os 38 e os 65 anos, 4 pertencem ao género feminino e 2 ao género masculino, perfazendo um valor percentual de 66,7% e 33,3%, respetivamente. Quando questionados acerca do nível máximo de escolaridade que completaram, 5 (83,3%) responderam ser licenciados e 1 (16,7%) ser possuidor do título de mestre.

Tabela 6- Distribuição da amostra dos cuidadores consoante a idade, o género e o nível máximo de escolaridade.

	Idade	Género	Nível de escolaridade
Cuidador 1	38	Feminino	Licenciatura
Cuidador 2	41	Feminino	Licenciatura
Cuidador 3	39	Masculino	Licenciatura
Cuidador 4	52	Feminino	Licenciatura
Cuidador 5	45	Masculino	Licenciatura
Cuidador 6	65	Feminino	Mestrado

Às questões “Em que medida ficou satisfeito/a com o trabalho desenvolvido pelos/as estudantes universitários?” e “Em que medida considera que os/as beneficiários/as finais do serviço ficaram satisfeitos/as com o trabalho desenvolvido pelos/as estudantes universitários?”, foram obtidas duas respostas “Totalmente satisfeito/a” e duas “Muito satisfeito/a”, a cada uma das perguntas (Figura 5).

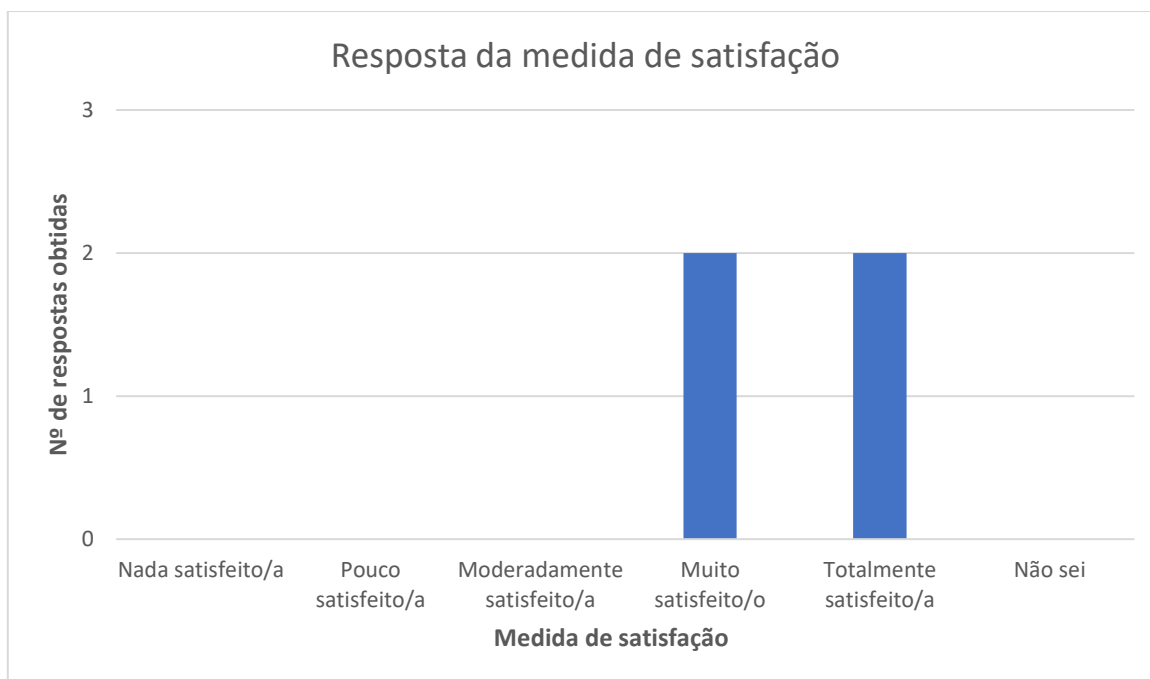


Figura 5 - Distribuição das respostas dos cuidadores face ao nível de satisfação com o projeto desenvolvido.

À pergunta “Em que medida considera que o serviço realizado pelos/as estudantes universitários contribuiu para a sua formação como futuros profissionais?” foram obtidas duas respostas “Totalmente” e duas “Muito” (Figura 6).

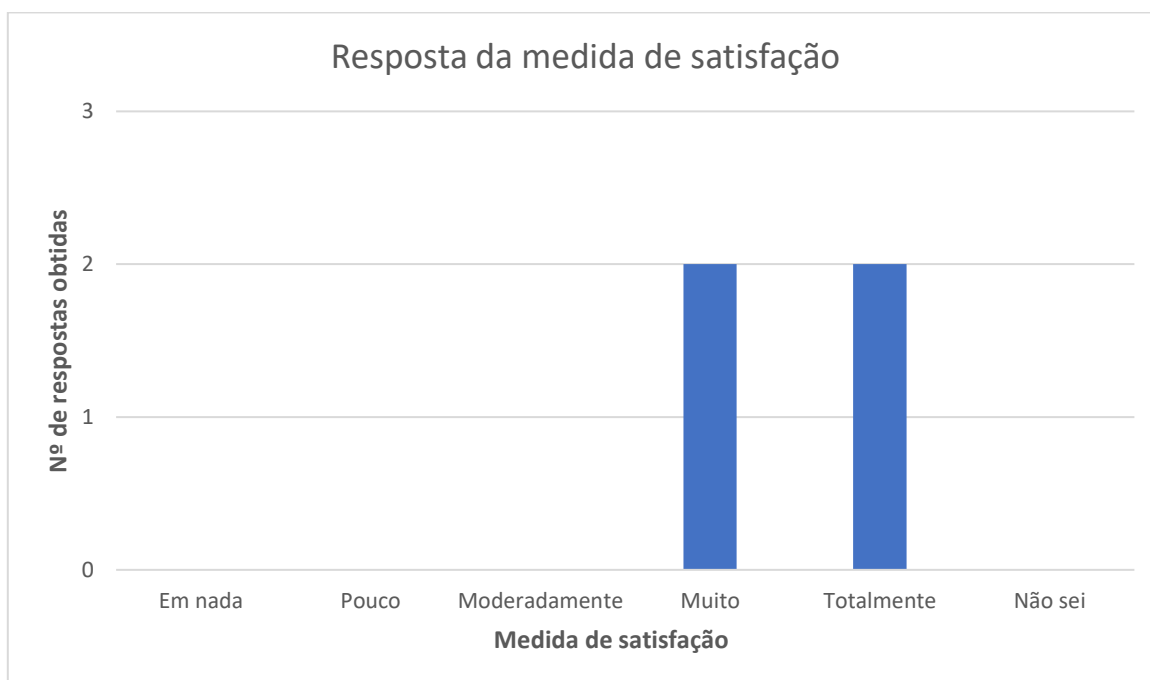


Figura 6 - Distribuição das respostas dos cuidadores relativas à contribuição do serviço prestado para o futuro profissional dos estudantes.

Relativamente à questão “Considera que os/as estudantes universitários deveriam receber mais formação para realizar o serviço? Por favor, indique em que aspetos.”, as respostas obtidas por 3 dos inquiridos são apresentadas no diagrama infra. Contudo, 1 dos cuidadores considerou “não poder opinar sobre esta questão”.

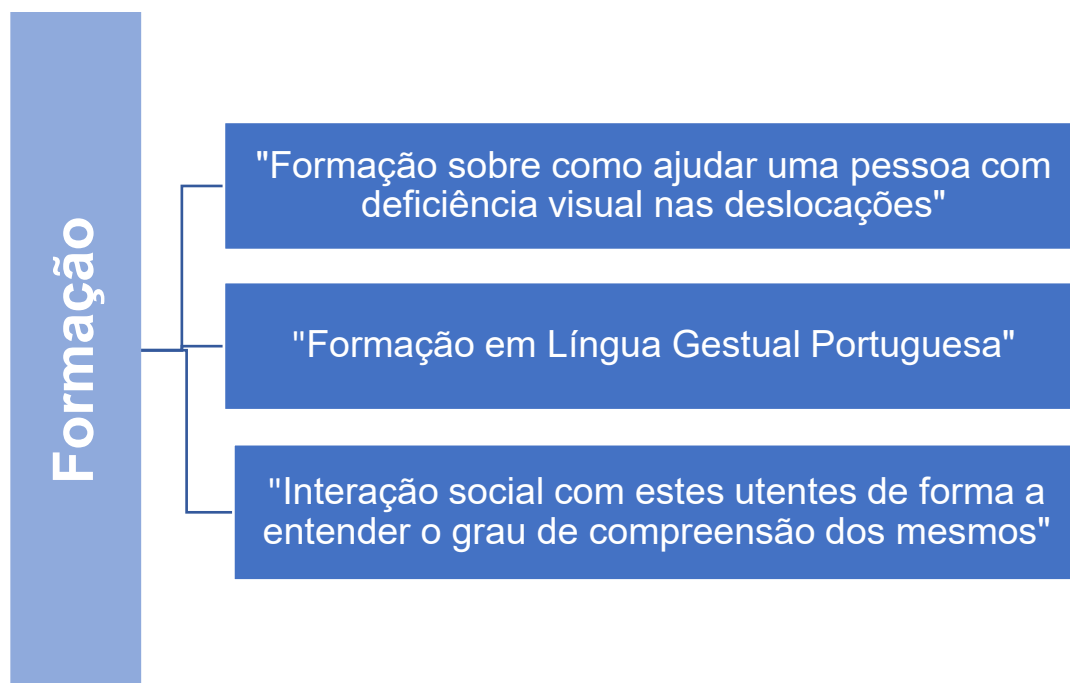


Figura 7 - Respostas dos cuidadores no que diz respeito às necessidades formativas dos alunos.

Na questão relativa aos aspetos positivos do serviço prestado, foram obtidas as 4 respostas que apresentamos de seguida:

- “Motivação para aprenderem e realizarem serviços a uma população com características diferentes.”;
- “Gentileza no tratamento, explicações detalhadas dos passos dados, acompanhamento por parte dos professores, gratuidade das consultas.”;
- “Resiliência, flexibilidade, capacidade de resposta imediata quando solicitada.”;
- “O cuidado na abordagem e o ‘carinho’ com os nossos utentes.”.

Na figura 8 sintetizamos os principais pontos chave dos aspetos positivos evidenciados pelos cuidadores, face aos serviços prestados.



Figura 8 - Pontos chave evidenciados nos aspectos positivos do serviço prestado.

Por outro lado, no que diz respeito a aspectos a melhorar no serviço prestado, os cuidadores mencionaram:

- “Realização de parte prática nas deslocações com uma pessoa com deficiência visual.”;
- “Alargamento dos horários; registo da informação relativa aos tratamentos mais rigoroso, pois a pessoa nem sempre se lembra do que fez na consulta anterior e aconteceu não haver esse registo.”;
- “Alerta para alguns estudantes visitarem o histórico de consultas anteriores (se houver) antes de tratar o utente.”;
- “Salvaguarda da informação clínica.”.

Na figura 9 sintetizamos os principais pontos chave dos aspectos a melhorar evidenciados pelos cuidadores, face aos serviços prestados.

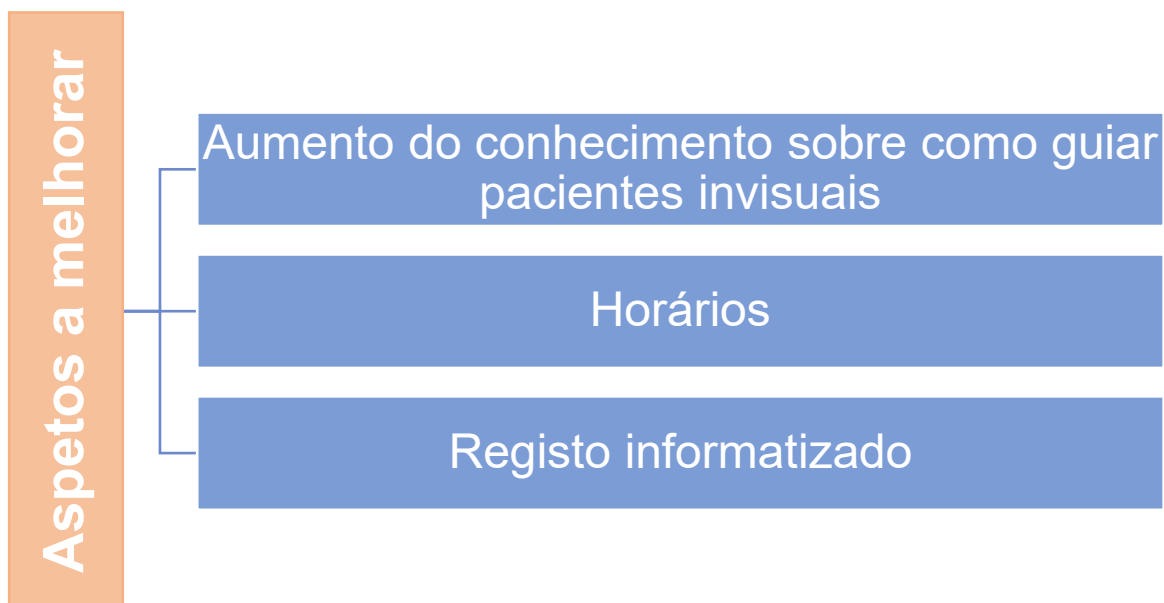


Figura 9 - Pontos chave evidenciados nos aspetos a melhorar no serviço prestado.

Em relação à questão “Elabore, por favor, sobre o impacto do serviço nos/as beneficiários/as finais. Que efeitos teve o projeto de Aprendizagem-Serviço? Considera que tais efeitos poderão ter impacto prolongado para o futuro?”, as respostas obtidas foram:

- “Melhoria na qualidade de saúde oral dos beneficiários. A curto e médio prazo os beneficiários terão uma melhor saúde oral.”;
- “Os nossos beneficiários tiveram oportunidade de melhorar a sua saúde oral, nalguns casos bastante negligenciada, pelo que o impacto é extremamente positivo. Sem este projeto tão cedo não teriam voltado a uma consulta dentária. Os efeitos poderão não ser prolongados para o futuro, pelo facto de o projeto ter terminado e eles poderem não recorrer a consultas pagas.”;
- “Acredito fortemente que o facto de os alunos atenderem os nossos pacientes servirá, no futuro, de grande aprendizagem para a sua vida profissional, a nível de capacidade de resposta imediata quando solicitada; compreensão para comportamentos menos usuais; estratégias para melhor interação com utentes com deficiência intelectual; maior paciência e resiliência.”;

- “O impacto foi no tratamento da saúde oral de utentes que tomam muita medicação e que de outra forma seria muito difícil fazê-lo.”.

Na figura 10 sintetizamos os principais pontos chave dos impactos evidenciados pelos cuidadores, face aos serviços prestados.

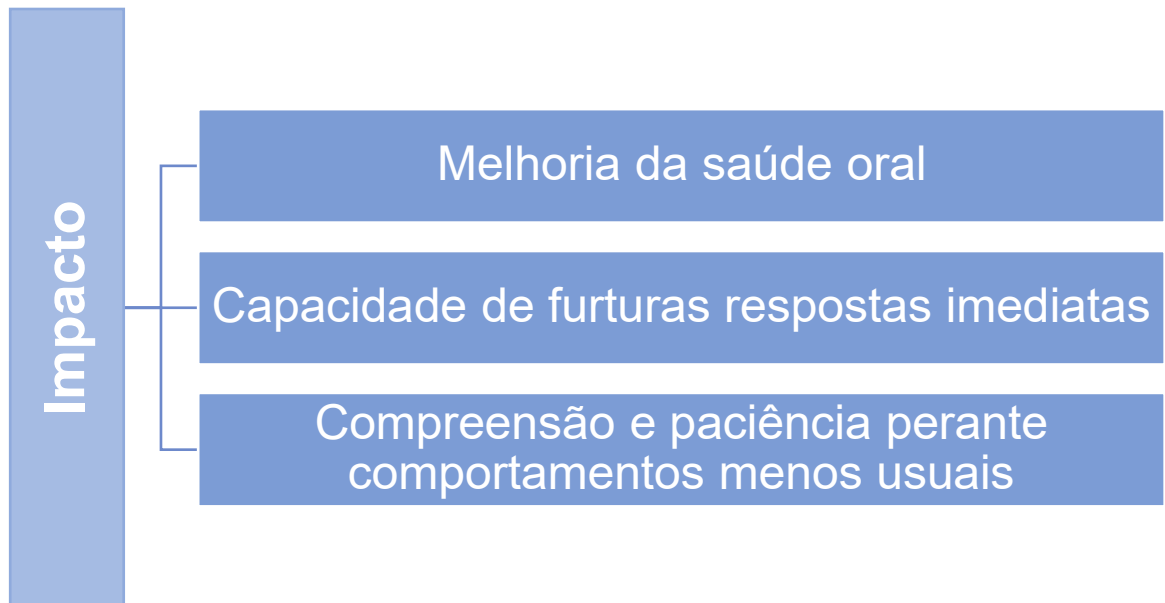


Figura 10 - Pontos chave evidenciados sobre o impacto do serviço prestado.

Quando questionados se a entidade na qual trabalham havia participado anteriormente em projetos de Aprendizagem-Serviço, foram obtidas três respostas positivas sendo que duas delas foi em conjunto com a Universidade Católica Portuguesa e a terceira com outra instituição. Foi ainda obtida uma resposta negativa. (figura 11).

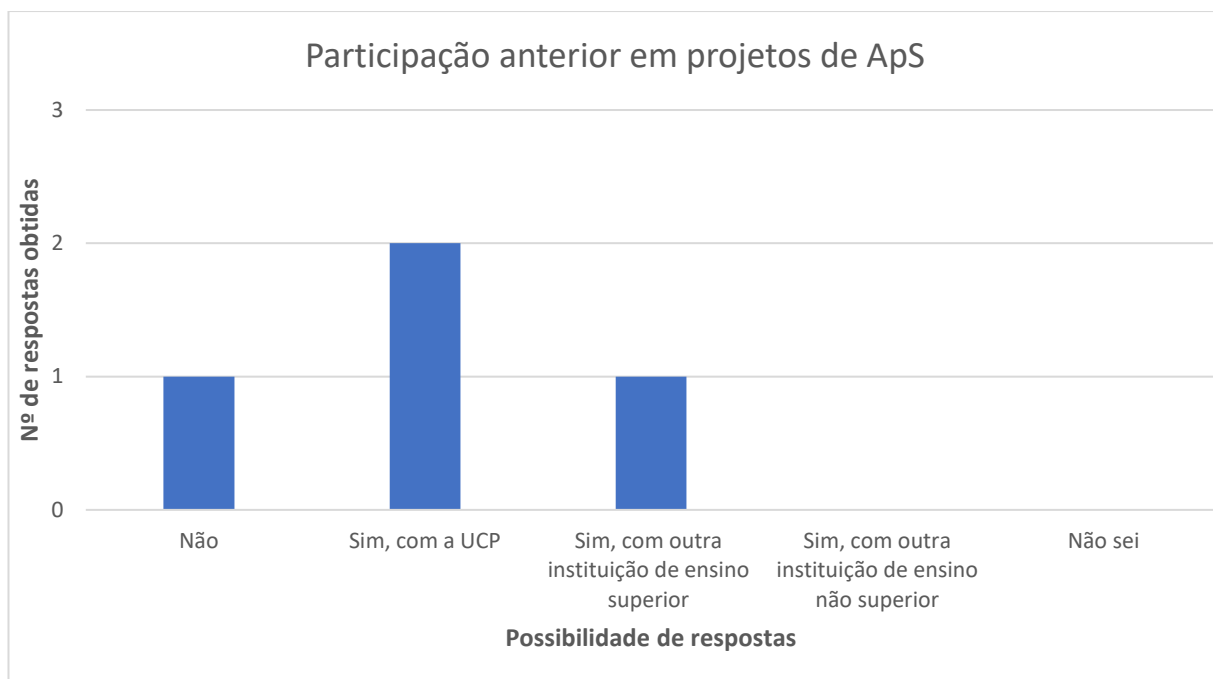


Figura 11 - Distribuição da amostra da resposta dos cuidadores relativa à participação anterior em projetos de Aprendizagem-Serviço.

Já no que refere às motivações apontadas para a participação no projeto, obtivemos as seguintes respostas:

- “A consciencialização da sociedade e a representação dos nossos utentes com o projeto.”
- “Melhoria da saúde oral de uma população que é negligenciada, por questões financeiras ou culturais e de falta de hábitos de higiene.”;
- “Necessidade de saúde.”

Um dos cuidadores não soube responder a esta questão pois quando iniciou a sua prestação de serviços na entidade que representa, o projeto já se encontrava em curso.

Na figura 12 sintetizamos os principais pontos chave dos motivos para a participação no projeto evidenciados pelos cuidadores, face aos serviços prestados.

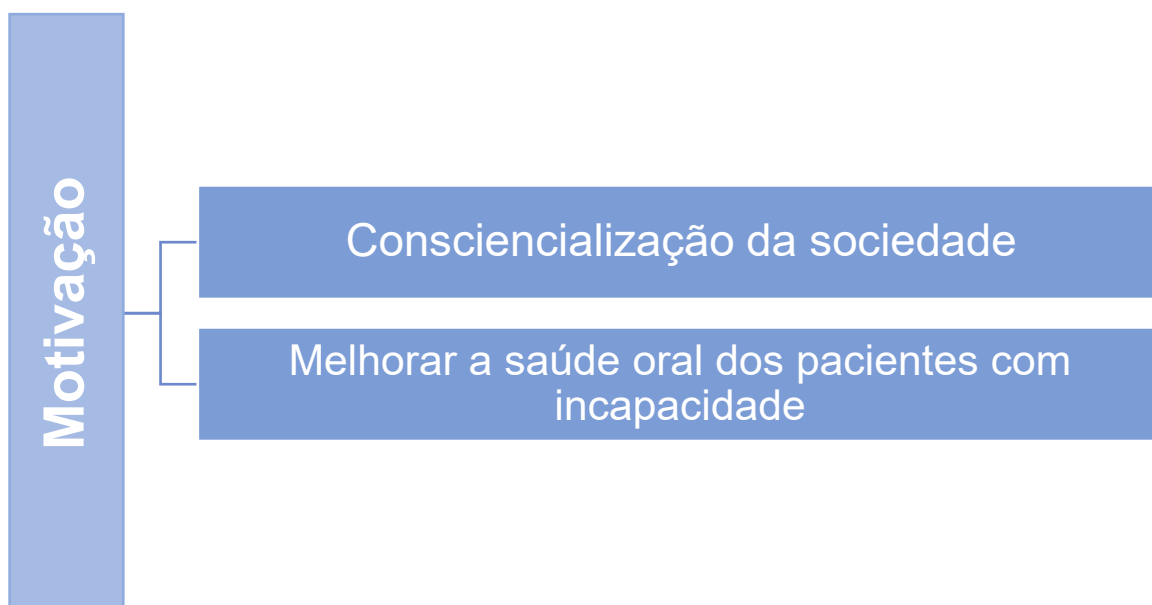


Figura 12 - Pontos chave evidenciados sobre os motivos para a participação no projeto.

À questão “A entidade que representa considera a possibilidade de continuar a participar em projetos de Aprendizagem-Serviços promovidos pela Universidade Católica Portuguesa? Por favor, indique os motivos dessa opção.”, as quatro respostas foram positivas tendo sido justificadas por:

- “Para uma maior consciencialização da sociedade sobre a deficiência visual e uma melhoria da rede de parcerias.”;
- “Porque o trabalho em rede é fundamental e conseguimos partilhar o *know-how* que cada uma das entidades tem e que se podem complementar. Só dessa forma conseguiremos cumprir a nossa missão de tornar a sociedade mais inclusiva e dar aos nossos sócios/utentes uma melhor qualidade de vida.”;
- “Os motivos prendem-se pela confiança do serviço prestado até aos dias de hoje e pela baixa capacidade financeira dos utentes.”;
- “Tendo em conta que constitui uma mais-valia para os utentes.”.

Na figura 13 sintetizamos os principais pontos chave dos motivos para a continuação de participação em projetos ApS evidenciados pelos cuidadores, face aos serviços prestados.

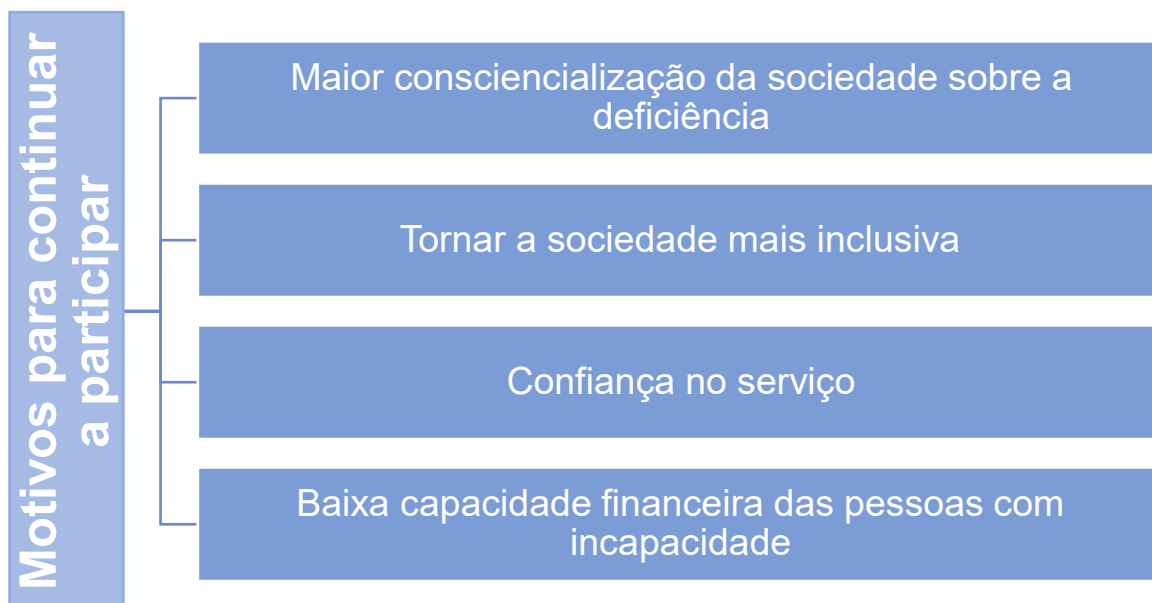


Figura 13 - Pontos chave evidenciados sobre os motivos para continuar a participar em projetos ApS.

DISCUSSÃO

4. Discussão

Em 2016, a *Fédération Dentaire Internationale* (FDI) redefiniu o conceito de saúde oral tendo por base o facto de que esta não existe de forma segregada, mas sim inserida na noção de saúde geral, sendo uma construção dinâmica e multidimensional. (43)

Como pudemos observar, ao longo destes capítulos, o número de pessoas com incapacidade está a aumentar e as barreiras existentes no acesso aos serviços médico-dentários têm de ser quebradas. Uma boa ferramenta para a desmistificação destas barreiras e para contrariar a exclusão das pessoas com incapacidade é a metodologia ApS. Através dela é possível que o aluno tome consciência do mundo que o rodeia e preste um serviço à comunidade, enquanto coloca em prática os seus conhecimentos teóricos e trabalha em equipas multidisciplinares. (44)

4.1. Avaliação, quantificação e tipologia dos tratamentos médico-dentários realizados no âmbito da experiência de Aprendizagem-Serviço “Sorrisos Especiais”

A amostra em estudo foi constituída por 111 pacientes. Das Instituições envolvidas no Projeto há a enumerar a “APPACDM”, que trouxe 62,2% dos pacientes; a instituição “Centro de Deficientes de Santo Estêvão”, que encaminhou 18,9% dos pacientes atendidos; a instituição “Surdisol”, com 7,2% do total da amostra; a instituição “APCV”, onde se contabilizou 6,3% dos pacientes; e, por fim, a “ACAPO”, instituição que compareceu com 5,4% do total dos pacientes.

Segundo Kaye, citado por Oliveira *et al.*, “A saúde bucal representa um aspeto importante para a inclusão social de pessoas com deficiência”. (45) As lesões orais são evolutivas e cumulativas, pelo que desconsiderá-las pode originar situações de dor e sofrimento desnecessários, infeções, perda de capacidade de funcionamento do órgão afetado, aumento dos custos com os cuidados de saúde e consequências a longo prazo em ambientes educacionais, sociais e de entretenimento. (46)

Dougall, A. e Fiske, J. sustentam a ideia, de que, pacientes com incapacidade têm um maior risco de doenças orais devido ao comprometimento da sua higiene oral, como consequência da sua incapacidade. As manifestações orais da sua condição especial e/ou os efeitos colaterais dos medicamentos, nomeadamente a xerostomia e os açúcares presentes nos mesmos parecem de igual modo influenciar a prevalência de patologia oral nestes indivíduos. (47)

Segundo o nosso estudo, juntamente com as consultas de diagnóstico (19,7%), os tratamentos periodontais foram os tratamentos médico-dentários mais realizados nestes pacientes (23,4%). Um outro estudo que caracterizou a população seguida na “consulta de sedação consciente” dos CHUC corrobora este valor de tratamentos periodontais em pacientes com incapacidade (28%). (48)

A importância de cuidados periodontais tem sido largamente atribuída à elevada prevalência da doença periodontal, à associação direta com patologias sistémicas e ao impacto na qualidade de vida na medida em que é uma das principais causas de perda dentária. (49)

A perda dentária associada à patologia periodontal em particular, apresenta um impacto negativo na qualidade de vida destes pacientes associada ao desenvolvimento de disfunções mastigatórias, diminuição da atividade social e sintomas depressivos relacionados com a baixa autoestima, estigmatização e exclusão social (50).

O segundo grupo de tratamentos com maior prevalência na nossa amostra, é o dos tratamentos de âmbito curativo, em que se incluem as restaurações (22,9%). Estes resultados vão de encontro aos de um estudo realizado por Domingues *et al.*, em pacientes com necessidades especiais da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP, com valores de 28% de tratamentos restauradores. (51). Num outro estudo, realizado numa população de pacientes com incapacidade, mas em que os tratamentos foram realizados sob anestesia geral, este valor aumenta para 52%. (52) Estes dados confirmam a importância da colaboração/ adesão ao tratamento por parte destes pacientes, o que nem sempre é facilmente conseguido. O recurso à anestesia geral, pode melhorar a segurança do paciente e ajudar a conseguir

melhores resultados. (52) No entanto, surge relatada como sendo uma das opções menos desejáveis para o tratamento por parte dos cuidadores. (16, 24)

A cárie dentária, doença multifatorial e complexa, está intimamente associada a uma fraca higiene oral e, os pacientes com incapacidade por apresentarem limitações que muitas vezes os impedem de realizar a sua própria higienização, são considerados pacientes de alto risco de desenvolvimento de lesão cáriosa. (53)

A taxa de extrações dentárias (21,3%), verificada no presente estudo, é corroborada por Queiroz *et al.* e Camargo que relataram que, devido aos elevados custos de tratamentos mais específicos, os pacientes com incapacidade apenas recorrem a tratamentos dentários em situações de urgência, na presença de dor, fazendo com que tenham de ser adotadas medidas radicais. (54, 55)

Quando nos deparamos com tratamentos mais complexos como endodontias (4,3%) ou reabilitações protéticas (4,4%), tanto o nosso estudo como o de Bárbara MCF (2,6% de endodontias realizadas e 1,3% de tratamentos protéticos) comprovam a diminuição da prevalência destes tratamentos. (48) Outros estudos apontam como principais razões para estas baixas prevalências o facto de os tratamentos endodônticos e reabilitadores serem mais demorados e exigirem uma maior colaboração do paciente levando o médico dentista a optar por medidas profiláticas ou extração de dentes. (56) Esta tendência também pode ser explicada pela baixa perceção da importância da saúde oral entre familiares e cuidadores, que muitas vezes subestimam ou desvalorizam a necessidade de tratamento, a dor oral, o desconforto do indivíduo e também não estão a par dos serviços e apoios de saúde disponíveis para as pessoas com incapacidade. (19, 22-24) Por outro lado, a falta de recursos financeiros evidenciam-se como uma clara barreira na assiduidade às consultas. (18, 21)

Por conseguinte, estes pacientes, muitas vezes já acometidos por várias patologias, tendem a perder capacidade mastigatória, digestiva e estética. (57)

Devido ao elevado impacto que a cárie dentária apresenta na saúde oral e na qualidade de vida da população, a prevenção e o tratamento minimamente invasivo após a deteção precoce de lesão de cárie, são considerados atualmente as novas filosofias para a gestão desta patologia.

Ainda assim, ficou explícito no presente estudo, que este tipo de abordagem não faz ainda parte da rotina de tratamentos dos pacientes com incapacidades. De facto, poucos foram os pacientes onde se pôde realizar selantes de fissuras <5%, pois grande parte destes indivíduos apresentava lesões de cáries já estabelecidas na maioria dos seus dentes. Contrariamente, Domingues *et al.* relataram que 37,6% dos procedimentos executados no seu estudo a pacientes especiais foram tratamentos preventivos. (51)

É frequente a demora no encaminhamento do paciente com incapacidade para o atendimento médico dentário. (55) A falta de referenciação ao médico dentista pode ser vista como uma falha dos cuidadores e profissionais de saúde de outras áreas que têm o primeiro contato com estes pacientes, além de que, muitas vezes, os problemas médico-dentários são erroneamente considerados como secundários face às complexas condições sistémicas que habitualmente acometem estes indivíduos. (25)

Segundo a literatura, o tratamento preventivo e a manutenção da saúde oral em pacientes física e mentalmente comprometidos, devem sustentar-se na prevenção e controlo da placa bacteriana. (25) A procura de tratamento dentário, o mais precocemente possível, origina uma maior colaboração perante o tratamento e permite a obtenção de resultados que perduram por longos períodos da vida do paciente. (58)

4.2.A influência desta ferramenta de inovação pedagógica na formação de profissionais de saúde socialmente responsáveis

Da presente investigação fizeram parte 54 alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, que responderam ao questionário “Atitudes em Relação às Pessoas com Incapacidade”, antes e após a realização da experiência ApS. Pretendia-se com esta escala avaliar as mudanças de atitude face às pessoas com incapacidade física e ou mental leve após a realização de diversos atendimentos médico-dentários.

Na sequência da aplicação deste questionário verificou-se que a variabilidade das respostas não foi significativa ($p > 0,05$), havendo aumento em algumas questões e diminuição em outras, traduzindo-se num modesto aumento de perceções positivas ($M=0,130$). De facto, no nosso estudo, há pensamentos que não sofreram alterações significativas com a convivência com estes indivíduos ao longo dos tratamentos médico-dentários.

Contudo, pudemos encontrar opiniões mais positivas após a realização desta experiência, no que diz respeito à facilidade de convivência com este grupo populacional.

Na literatura são notórias opiniões que corroboram estas respostas. Segundo Glat *et al.* o indivíduo com incapacidade não pode ser visto de forma isolada da realidade social, assim como não pode assumir-se que seja portador de algo necessariamente incurável e irremediável. Estes indivíduos são capazes de adquirir um repertório de comportamentos e conhecimentos que lhes são transmitidos sendo, por isso, importante investir na sua educação, tornando-a relevante a ele e à sociedade a que pertence. (59)

Para Fleming, um paciente com incapacidade tem uma visão realista das suas habilidades, das suas limitações e de como é semelhante e diferente dos outros. Ele sabe que diferente não significa “melhor” nem “pior”. (60)

Ainda que de forma não significativa, houve uma melhoria da atitude dos estudantes relativamente às pessoas com incapacidade no que se refere à igualdade social e inteligência.

Uma questão relevante, que obteve a maior percentagem de concordância e que não sofreu qualquer alteração com o decorrer da experiência foi o facto dos inquiridos considerarem que é dever do estado olhar pelas pessoas com incapacidade.

Na literatura, quando nos referimos a pessoas com incapacidades, falamos efetivamente de Direitos, Deveres e Equidade entre os demais cidadãos. Não obstante, todos devem usufruir do que a comunidade tem para oferecer, fazendo parte integrante das agendas políticas, por forma a terem voz ativa na sociedade. (61)

Por outro lado, o item com maior percentagem de discordância (em ambos os momentos da experiência) foi relativo à percepção dos estudantes acerca do humor das pessoas com incapacidade, considerando que estas não são de todo mal-humoradas, conforme já referido por Leal e Eusébio no seu estudo sobre a influência da interação das pessoas com incapacidade no conhecimento e atitudes dos estudantes do ensino superior de turismo, com a quase totalidade dos inquiridos (99,7%) a assumir que as pessoas com incapacidade não são mais mal humoradas que as outras. (62)

O nosso estudo comprova assim, que apesar de não significativa, a ApS é capaz de promover uma alteração na mentalidade e pensamento dos estudantes relativamente à inserção de pessoas com incapacidades na sociedade.

Como tal, a ApS assume essencial importância não só no desenvolvimento técnico e profissional dos estudantes, mas também na construção da sua pessoa, enquanto membro de uma sociedade, que tem de comunicar e se relacionar com as diferenças dos outros. (13)

4.3. Avaliação da percepção da experiência de ApS nos cuidadores formais/informais.

O cuidador é definido como “aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente” (63)

No que diz respeito ao nível máximo de escolaridade dos cuidadores, no nosso estudo foi observado que 100% dos cuidadores tinha concluído o ensino superior. Este valor é muito superior ao de outro estudo (64) realizado também com cuidadores em que apenas 0,15% tinham completado o ensino superior. Contudo, o mesmo estudo referencia que quanto maior o nível de escolaridade, melhor a capacidade para desempenhar a função de cuidador.

A participação destas instituições no projeto em que vigorou a Aprendizagem-Serviço foi motivada pela consciencialização das barreiras no atendimento médico-dentário que estes pacientes enfrentam. A importância do aprimoramento da saúde

oral, e a diminuição da negligência observada é uma etapa importante na melhoria da qualidade de vida de pacientes com incapacidade.

Do ponto de vista dos cuidadores, no que diz respeito a aspetos positivos no serviço prestado, há a destacar a motivação para aprender por parte dos estudantes, a forma como estes se envolveram e trataram os beneficiários finais, o facto de haver sempre professores presentes e também a gratuidade das consultas. Consideraram ainda que a participação neste projeto permitiu dar oportunidade aos seus utentes de frequentarem consultas de medicina dentária e, desta forma, melhorarem a saúde oral. Ao mesmo tempo, foi possível disponibilizar ferramentas aos alunos para que no futuro consigam ter capacidade de resposta imediata, resiliência, compreensão e paciência perante pacientes que apresentem comportamentos menos usuais. Estes resultados vão de encontro aos de um outro estudo, onde os Médicos Dentistas reconhecem a necessidade de formação e aperfeiçoamento técnico e social, que lhes permita responder adequadamente às exigências enfrentadas no tratamento destes pacientes. (65)

Foi ainda destacado que os alunos deveriam receber formações de forma a melhorarem a comunicação com utentes surdos e aprimorarem o auxílio na deslocação de pacientes invisuais.

No que diz respeito às pessoas invisuais, quando estas saem do seu ambiente e vão, por exemplo, a um consultório médico-dentário, primeiramente é necessário perceber junto da pessoa se precisa de ajuda para se deslocar. Em caso afirmativo, o paciente vai segurar o braço do profissional de saúde e este deverá guiá-lo. Independentemente de necessitar dessa ajuda ou não, a pessoa cega deve sentir-se segura na deslocação. (66)

Já em relação às pessoas surdas, estima-se que, em Portugal, haja cerca de 30000 surdos a utilizarem a língua gestual portuguesa. (67) No que se refere à formação em língua gestual portuguesa a profissionais de saúde, é verificado que há uma grande lacuna pois são poucos os estabelecimentos de educação que incluem este tipo de conteúdos no seu programa curricular. Quando o profissional de saúde não consegue comunicar com o paciente surdo, este último pode fazer-se acompanhar por um familiar, um amigo ou um intérprete qualificado. Em boa verdade, se o médico dentista soubesse comunicar com o paciente garantia que a informação

era passada corretamente, que o sigilo profissional não era quebrado e, ao mesmo tempo, estava a dar um maior grau de independência ao seu paciente enquanto derrubava barreiras existentes entre o profissional de saúde e o paciente surdo. (68,69)

Os cuidadores reforçaram ainda que a qualidade do serviço podia melhorar com um alargamento do horário. Isto, provavelmente, porque estes pacientes foram atendidos maioritariamente nas áreas disciplinares de Medicina Oral e Medicina Preventiva e, portanto, limitados aos horários destas unidades curriculares. Alertaram também que os alunos deviam consultar, atualizar e guardar sempre o histórico de cada paciente, pois é neste local que estão as informações que nos recordam o plano de tratamento de cada indivíduo, o que já foi efetuado em consultas anteriores e se o paciente toma alguma medicação ou se tem alergias. Esta observação é sustentada por Gonçalves que afirma, no seu estudo, que para “um tratamento decorrer de forma adequada, com tranquilidade e segurança é essencial uma história clínica completa e atualizada, com um conhecimento pleno do indivíduo”. (70)

Na literatura, encontramos estudos que apontam outro tipo de fatores a melhorar no acesso destes pacientes aos serviços de saúde. Segundo Lacerda e Valla há algumas dificuldades na procura pelo atendimento, uma vez que a localização geográfica da maioria dos serviços médicos estão em áreas urbanas, fazendo com que aqueles que moram em áreas mais distantes se vejam confrontados com uma maior dificuldade no acesso a tratamentos médicos. Para agravar esta situação existem carências no transporte público não só em quantidade como em acessibilidade a pessoas com deficiência. No âmbito da utilização dos serviços, a própria organização do atendimento, a disponibilidade demonstrada pelos profissionais e a capacidade dos serviços em dar resposta a esta população são outros fatores descritos que dificultam o acesso a adequados tratamentos médico-dentários. (71) Para os mesmos autores, um dos aspetos da crise do sistema de saúde é a relação médico-paciente. Cecílio também referencia a criação de vínculos efetivos entre paciente com incapacidades e profissionais como uma das principais fragilidades no atendimento. (72)

Relativamente ao balanço deste serviço, os cuidadores, foram unânimes ao considerar que o serviço prestado foi positivo tanto para os utentes, melhorando a

sua saúde oral, como para os futuros médicos dentistas, melhorando a sua formação. Esta apreciação é corroborada por um estudo acerca da prevenção da saúde oral em pacientes com necessidades especiais, que reconhece a importância do papel ativo do médico dentista na melhoria da saúde oral e conseqüentemente da saúde geral destes pacientes. (73)

4.4. Futuras Linhas de Investigação

Em suma, o número crescente de pacientes com incapacidades torna fundamental o envolvimento das Instituições Universitárias na inclusão social destes indivíduos. Há neste envolvimento um dar e receber. Ao mesmo tempo que o médico dentista enriquece a sua conduta, o paciente sai valorizado num atendimento cada vez mais qualificado.

Este projeto, em desenvolvimento há pouco mais de um ano, conta com resultados bastante positivos, nomeadamente, no que se refere à promoção da saúde e qualidade de vida dos participantes.

Seria uma mais valia alargar a amostra, o tempo de execução do projeto e complementá-lo com novos momentos de avaliação das variáveis (1, 3 e 6 meses após a conclusão do último tratamento), permitindo assim averiguar a manutenção a nível temporal dos procedimentos realizados e analisar a *compliance* dos utentes e cuidadores.

CONCLUSÃO

5. Conclusão

Através deste estudo, verificou-se uma elevada prevalência de necessidades médico-dentárias nos pacientes com incapacidades, especialmente no que diz respeito a destartarizações, restaurações e extrações dentárias. Também que os pacientes com incapacidades apresentaram frequentemente situações orais precárias, onde o único procedimento dentário viável foi a extração dentária.

Foi possível verificar uma mudança positiva nas atitudes dos estudantes do MIMD face aos pacientes com incapacidades, contudo estes resultados não foram significativos. Constatou-se que as mudanças mais positivas face às atitudes em relação às pessoas com incapacidades dizem respeito à facilidade de convivência.

A participação das instituições no projeto de Aprendizagem-Serviço foi motivada pela consciencialização das barreiras no atendimento médico-dentário que estes pacientes enfrentam e, apurou-se que as instituições participantes ficaram amplamente satisfeitas com a participação nesta experiência ApS. Os principais aspetos positivos destacados da experiência do ponto de vista dos beneficiários foram: a motivação, a gentileza, o cuidado na explicação técnica, a resiliência, o acompanhamento contínuo e a gratuidade das consultas, já os aspetos salientados a melhorar foram: o aumento da formação em pacientes invisuais, os horários e o registo informatizado da informação clínica;

Assim, a ApS constituiu-se como uma ferramenta de inovação pedagógica fundamental na formação técnica e social dos alunos, ao mesmo tempo que contribuiu para a saúde oral e qualidade de vida dos pacientes envolvidos no projeto.

BIBLIOGRAFIA

6. Bibliografia

1. American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Definition of Special Health Care Need, Reference Manual. 2008; 33(6).
2. Petrovic BB, Peric TO, Markovic DLJ, Bajkin BB, Petrovic D, Blagojevic DB, et al. Unmet oral health needs among persons with intellectual disability. *Res Dev Disabil*. 2016 Dec; 59:370–7.
3. Pinto PC, Pinto TJ. Pessoas com Deficiência em Portugal: Indicadores de Direitos Humanos. Lisboa: ISCSP -Instituto superior de ciências sociais e políticas. [online] 2019 dez [cited 2022 Jun 17]. Available: http://paisemrede.pt/wp-content/uploads/2020/02/Relatorio_ODDH-2019-1.pdf.
4. Instituto Nacional de Estatística, editor. Censos 2011: XV Recenseamento Geral da População: V Recenseamento Geral da Habitação: Resultados definitivos. Lisboa: I.P. [online] 2013 [cited 2022 jun 10]. Available: https://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=148313382&att_display=n&att_download=y.
5. Charles JM. Dental care in children with developmental disabilities: attention deficit disorder, intellectual disabilities, and autism. *J Dent Child (Chic)*. 2010 May-Aug; 77(2):84-91.
6. Costa AA, Della Bona Á, Trentin MS. Influence of Different Intellectual Disability Levels on Caries and Periodontal Disease. *Braz Dent J*. 2016;27(1):52–5.
7. Couto P, Pereira PA, Nunes M, Mendes RA. Oral health-related quality of life of Portuguese adults with mild intellectual disabilities. *PLOS ONE* [online]. 2018 Mar 21;13(3):1-14. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29561892/>. doi: 10.1371/journal.pone.0193953. eCollection 2018.
8. Glick M, Williams DM, Kleinman D V, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Int Dent J*. 2016 Dec 1;66(6):322–4.
9. Waldman HB, Hasan FM, Perlman S. Down Syndrome and Sleep-Disordered Breathing. *J Am Dent Assoc*. 2009 Mar;140(3):307–12.

10. Hernandez AE, Corral TH, Matin ER, Sanchez JAP. Results of a dental care protocol for mentally handicapped patients set in primary health care area in Spain. *Med. Oral patol. Oral cir.bucal* [online]. 2007; 12(7): 492-495. Available: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1698-69462007000700005&script=sci_abstract&tlng=en.
11. Wilson NJ, Lin Z, Villarosa A, Lewis P, Philip P, Sumar B, et al. Countering the poor oral health of people with intellectual and developmental disability: a scoping literature review. *BMC Public Health* [online]. 2019 Nov 15 [cited 2022 jun 10];19(1):1530. Available: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7863-1>.
12. Ilici RR, Didilescu AC, Sfeatcu R, Dumitrache MA. Experiential learning for adolescents – results from a 2-year school-based oral health education program: *Med Pharm Rep*. 2019 Dec 15; 92(3):61-64.
13. Silva ZCM, Pagnoncelli SD, Weber JBB, Fritscher AMG. Avaliação do perfil dos pacientes com necessidades especiais da Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da PUCRS. *Revista Odonto Ciência* [online]. 2005;20(50):313–8. Available: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fo/issue/view/100>.
14. Salles PS, Tannure PN, Oliveira CAG da R, Souza IPR de, Portela MB, Castro GFB de A. Dental needs and management of children with special health care needs according to type of disability. *J Dent Child (Chic)*. [online]. Sep - Dec 2012; 79(3):165-9. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23433620/>.
15. Couto PSS. Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve [dissertation on the internet]. Covilhã (Portugal): Universidade da Beira Interior, Ciências da saúde [online]. 2018. Available: <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/6957>.
16. Ummer-Christian R, Iacono T, Grills N, Pradhan A, Hughes N, Gussy M. Access to dental services for children with intellectual and developmental disabilities – A scoping review. *Res Dev Disabil*. 2018 Mar; 74:1–13.
17. Marshman Z, Hall M, Owens J. The oral health of adults with learning disabilities in Sheffield 2011. Sheffield; University of Sheffield [online]. 2011. Available: from: https://www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.119712!/file/The_oral_health_of_adults_with_learning_disabilities_in_Sheffield_v6.pdf.

18. Stiefel DJ. Dental care considerations for disabled adults. *Spec Care Dentist*. [online]. 2002 [cited 2022 jun 12]; 22(3):26–39. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12375745/>.
19. Serrano MEP, Posse JL, Feijoo JF. *Manual De Higiene Oral Para Personas Con Discapacidad*. Santiago de Compostela: Universidade; 2012.
20. Geraldo JPB, Andrade SMO de. Pessoas com deficiência e as barreiras aos serviços de saúde: uma metassíntese. *Res Soc Dev* [online]. 2022 Apr 27;11(6):e25811629082. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29082>
21. Fisher K. Is There Anything to Smile about? A Review of Oral Care for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities. *Nurs Res Pract*. 2012 Feb 28; 2012:1–6.
22. Gardens SJ, Krishna M, Vellappally S, Alzoman H, Halawany HS, Abraham NB et al. Oral health survey of 6-12-year-old children with disabilities attending special schools in Chennai, India. *Int J Paediatr Dent*. 2014; 24(6):424–33.
23. Campanaro M, Huebner CE, Davis BE. Facilitators and barriers to twice daily tooth brushing among children with special health care needs. *Spec Care Dentist*. 2014; 34(4):185–92.
24. Bizarra MF, Graça SR. O Perfil do Paciente da Consulta para Pessoas com Necessidades Especiais da FMD-UL. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac* [online]. 2010 Apr - Jun; 51(2):69–74. Available: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646289010700893>.
25. Yousuf A, Ganta S, Atri M, Singh K, Pareek S, Nagaraj A. Effectiveness of supervised oral health maintenance in hearing impaired and mute children- A parallel randomized controlled trial. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2015; 5(3):176.
26. Chadwick D, Chapman M, Davies G. Factors affecting access to daily oral and dental care among adults with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2018; 31(3):379-94.
27. Slack-Smith L, Ree M, Leonard H. Oral health and children with an intellectual disability: a focus group study of parent issues and perceptions. *J Disabil Oral Health*. 2010; 11(4):171–7.
28. Glassman P, Caputo A, Dougherty N, Lyons R, Messieha Z, Miller C, et al. Special care dentistry association consensus statement on sedation, anesthesia, and

- alternative techniques for people with special needs. *Spec Care Dentist*. 2009; 29(1):2-8.
29. Zhou Y, Black R, Freeman R, Herron D, Humphris G, Menzies R, et al. Applying the Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES) in the dental context involving patients with complex communication needs: An exploratory study. *Patient Educ Couns*. 2014 Nov 1;97(2):180–7.
30. Gallagher J, Scambler S. Disability and Oral Health. In: Sittiprapaporn W (ed). *Learning Disabilities*. Rijeka: IntechOpen. 2012; p.343-64.
31. Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021-2025 [online]. 10 nov 2020 [cited 2022 jan 26]. Available: <https://www.inr.pt/documents/11309/284924/ENIPD.pdf>.
32. Angelopoulou MV, Kavvadia K. Experiential learning in oral health education. *J Educ Health Promot*. 2018 Jun 12; 7:70.
33. Rovira JMP, Casaraes MG, García XM, Serrano LM. Aprendizaje-servicio y Educación para la Ciudadanía Learning-service and Citizenship Education [online]. 2011. p. 45–67. Available: http://www.revistaeducacion.educacion.es/re2011/re2011_03.pdf
34. Veghazi VNK. Hay algunos que sienten que esto les parte la cabeza. Notas sobre experiencias de Aprendizaje-Servicio en la Universidad de Buenos Aires. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social* [online]. 2013;2(2). Available: <https://revistas.uam.es/riejs/article/view/378>.
35. Carbonell J. Pedagogias do século XXI. Porto Alegre: Penso [online]. 2016; 3ª Ed. 263 Pg. Available: <https://www.scielo.br/j/er/a/W4RmrtwPq8H3bjq74ZCtKSR/?format=pdf&lang=pt>.
36. Folgueiras Bertomeu P, Luna González E. Aprendizagem e serviço: estudo sobre o nível de satisfação de estudantes do primário. *Perspectiva*. 2017 Aug 4;35(2):444–61.
37. Tapia MN. Aprendizaje-Servicio en la Educación Superior. Un panorama introductorio [online]. 2006. Available: <http://www.centroetica.uct.cl/documentos/archivos/1.2.1.1.pdf>.
38. Heffernan, K. Service- Learning in Higher Education. *Journal of Contemporary WaterResearch and Education*. 2011; 119(1): p. 2-8.

39. Delors J. UNESCO: UNESDOC Digital Library. Brasília: Faber-Castell [online]. 2010 Jul [cited 2022 jun 12]. Available: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590_por.
40. Santos B. Perspetivas de estudantes do ensino superior face a uma experiência de Aprendizagem-Serviço em tempos de pandemia [master's thesis]. Porto (Portugal): Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa. [online]. 2021 Jul. Available: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/34963/1/202750728.pdf>.
41. Martins AC. Indicadores da Qualidade de Vida nas Pessoas Utilizadoras de Cadeiras de Rodas Uma análise exploratória dos hábitos de vida, características psicológicas, clínicas, sociodemográficas e relacionadas com tecnologias de apoio [dissertation on the internet]. Porto (Portugal): Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação [online]. 2008. Available: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22946/2/29815.pdf>.
42. Maroco J. Análise Estatística com o SPSS Statistics. 5.^a Edição. Edições ReportNumber. 2011.
43. Hescot P. The New Definition of Oral Health and Relationship between Oral Health and Quality of Life. *Chin J Dent Res* [online]. 2017;20(4):189–92. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29181455/> doi: 10.3290/j.cjdr.a39217.
44. Amat AF, Miravet LM. El Aprendizaje Servicio en la Universidad: una estrategia en la formación de ciudadanía crítica [online]. 2010. Available: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/28666>.
45. Oliveira AC, Czeresnia D, Paiva SM, Campos MR, Ferreira EF. Uso de serviços odontológicos por pacientes com síndrome de Down, *Revista de Saúde Pública*. 2008; 42(4): 693-699.
46. Becker A, Chaushu S, Shapira J. Orthodontic Treatment for the Special Needs Child. *Prog Orthod*. 2009; 10(1): 34-47.
47. Dougall A, Fiske J. Access to Special Care Dentistry, part 4. Education. *Br Dent J*. 2008 Aug 9;205(3):119-30.
48. Bárbara MCF. Pacientes com Necessidades Especiais de Atendimento em Medicina Dentária [master's thesis on the Internet]. Coimbra (Portugal):

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Área da Medicina Dentária [online]. 2012. 40 p. Available:

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/130118/2/428805.pdf>

49. The Challenge of Oral Disease A Call For Global Action The Oral Health Atlas, Second Edition [online]. 2015. Available: <https://www.fdiworldddental.org/oral-health-atlas> .
50. Tonetti MS, Chapple ILC, Jepsen S, Sanz M. Primary and secondary prevention of periodontal and peri-implant diseases. *J Clin Periodontol*. 2015 Mar 31;42:S1–4.
51. Domingues NB, Ayres KCM, Mariusso MR, Zuanon ÂCC, Giro EMA. Caracterização dos pacientes e procedimentos executados no serviço de atendimento a pacientes com necessidades especiais da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP. *Rev Odontol UNESP* [online]. 2015 Oct; 6;44(6):345–50. Available: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/157826>.
52. Jockusch J, Hopfenmüller W, Ettinger R, Nitschke I. Outpatient, dental care of adult vulnerable patients under general anaesthesia—a retrospective evaluation of need for treatment and dental follow-up care. *Clin Oral Investig* [online]. 2021 Apr [cited 2022 Jun 18]; 25(4):2407-2417. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32930876/>.
53. Queiroz FS, Rodrigues MMLF, Cordeiro Júnior GA, Oliveira AB, Oliveira JD, Almeida ER. Avaliação das condições de saúde bucal de Portadores de Necessidades Especiais. *Rev Odontol UNESP*. 2014 Dec;43(6):396–401.
54. Camargo MAR. Estudo da prevalência da cárie em pacientes portadores de paralisia cerebral [master's thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo [online]. 2005. Available: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-12012006-094913/pt-br.php>.
55. Peinado NR, Martínez MRM, Pérez MD, De Nova García MJ. A study of the dental treatment needs of special patients: cerebral paralysis and Down syndrome. *Br Dent J*. 2018 Sep; 19 (3): 233-238.
56. D'Addazio G, Santilli M, Sinjari B, Xhajanka E, Rexhepi I, Mangifesta R, Caputi S. Access to Dental Care—A Survey from Dentists, People with Disabilities and Caregivers. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 06; 18(4): 1556.

57. Chu KY, Yang NP, Chou P, Chi LY, Chiu HJ. Dental prosthetic treatment needs of inpatients with schizophrenia in Taiwan: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2013;13(1):1-5.
58. Binkley CJ, Johnson KW, Abadi M, Thompson K, Shamblen SR, Young L, et al. Improving the oral health of residents with intellectual and developmental disabilities: An oral health strategy and pilot study. *Eval Program Plann*. 2014; 47:54–63.
59. Glat R, Kadlec VPS. *A criança e suas deficiências: métodos e técnicas de atuação psicopedagógica*. Brasil: Livraria Agir Editora; 1984.
60. Fleming JW. *A criança excepcional: diagnóstico e tratamento*. Brasil: Francisco Alves Editora; 1978.
61. Vieira FD, Pereira MD. *A Educação de pessoas com deficiência mental*, 3ª edição, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2007.
62. Leal N, Eusébio C. A influência da interação com pessoas com incapacidade no conhecimento e atitudes dos estudantes do ensino superior de turismo. *Journal of Tourism & Development* [online]. Aveiro; 2021; 36 (1): 279-299. Available: <https://proa.ua.pt/index.php/rtd/article/view/10649>.
63. Mendes AICM. *Vivências dos cuidadores informais de jovens adultos com necessidades especiais* [Projeto de licenciatura on the Internet]. Porto (Portugal): Faculdade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde [Online]. 2019. Available: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8683/1/PG_27193.pdf.
64. Simões MSR. *Capacidade para o trabalho em cuidadores formais de idosos* [master's thesis]. Aveiro (Portugal): Universidade de Aveiro Departamento de Educação [Online]. 2012. Available: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/9830/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>.
65. Macedô GL, Lucena EES, Lopes IKR, Batista LTO. Acesso ao atendimento odontológico dos pacientes especiais: a percepção de cirurgiões-dentistas da atenção básica. *Ver Ciencia Plural*. 2018;4(1):67-80.
66. ACAPO. Associação dos cegos e ambíopes de Portugal [online]. [cited 2022 Jun 18]. Available: <https://www.acapo.pt/deficiencia-visual/perguntas-e-respostas/orientacao-e-mobilidade>.
67. Associação Portuguesa de Surdos. Informação – Comunidade [online]. [cited 2022 Jun 17]. Available: https://apsurdos.org.pt/?option=com_content&view=article&id=43&Itemid=57.

68. Assembleia da República. Lei n.º 89/99 de 5 de Julho. Diário da República. Diário da República. 1999; 4186.
69. Sanders C, Kleinert HL, Boyd SE, Herren C, Theiss L, Mink J. Virtual patient instruction for dental students: can it improve dental care access for persons with special needs? *Spec Care Dentist*. 2008;28(5):205–13.
70. Gonçalves JB. Atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais: uma revisão da literatura [master's thesis]. Belo Horizonte (Brasil): Faculdade de Medicina Universidade Federal de Minas Gerais [online]. 2012. Available: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3761.pdf>.
71. Lacerda A, Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiro R; Mattos RA. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde [Internet]. Brasil: CEPESC [online]. 2016 [cited 2022 jun 24]: 99-124. Available: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=407746&indexSearch=ID>.
72. Cecílio, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Brasil: CEPESC. 2016: 115-28.
73. Monteiro JMP. Prevenção da Saúde Oral em Pacientes com Necessidades Especiais [master's thesis]. Porto (Portugal): Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto [online]. 2020. Available: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/130118/2/428805.pdf>.

Anexos

Anexo 1 - Questionário 'Atitudes em relação às Pessoas com Incapacidade': ATDP-O

Atitudes em Relação às Pessoas com Incapacidade

Para cada uma das afirmações seguintes, por favor escolha a resposta que melhor exprime a sua opinião. Por favor, faça um círculo à volta do número que escolher.

Responda de forma rápida e não fique muito tempo a pensar sobre a mesma afirmação.
Desejamos a sua primeira impressão e não o resultado de um longo juízo sobre o assunto.
Informamos ainda que não há respostas certas ou erradas.
No final, certifique-se por favor que não deixou questões sem resposta.

	Concordo inteiramente	Concordo bastante	Concordo em parte	Discordo um pouco	Discordo bastante	Discordo por inteiro
1. Os pais de crianças com incapacidades devem ser menos austeros do que os outros pais.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
2. As pessoas com incapacidades físicas são exactamente tão inteligentes como as que não apresentam esse tipo de incapacidades.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
3. É habitualmente mais fácil conviver (lidar) com as pessoas com incapacidades do que com as outras.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
4. A maior parte das pessoas com incapacidades sentem pena de si próprias.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
5. As pessoas com incapacidades são iguais a quaisquer outras.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
6. Não deveria haver escolas especiais para crianças com incapacidades.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
7. Seria melhor para as pessoas com incapacidades viverem e trabalharem em comunidades especiais.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
8. É dever do Estado olhar pelas pessoas com incapacidades.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
9. A maior parte das pessoas com incapacidades tem grandes preocupações.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
10. Não se deve esperar que as pessoas com incapacidades atinjam os mesmos níveis das outras pessoas.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
11. As pessoas com incapacidades são tão felizes quanto as outras pessoas.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
12. Não é mais difícil conviver com as pessoas com múltiplas incapacidades do que com as outras com incapacidades menos severas.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
13. É quase impossível que uma pessoa com incapacidades leve uma vida normal.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
14. Não se deve esperar demasiado das pessoas com incapacidades.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
15. As pessoas com incapacidades têm tendência a isolar-se nelas próprias a maior parte do tempo.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
16. As pessoas com incapacidades perturbam-se mais facilmente do que as outras pessoas.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
17. As pessoas com incapacidades não conseguem ter uma vida social normal.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
18. A maior parte das pessoas com incapacidades acham que não são tão capazes como as outras pessoas.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
19. Tem que se ter cuidado com o que se diz quando se está na companhia de pessoas com incapacidades.	+3	+2	+1	-1	-2	-3
20. As pessoas com incapacidades são frequentemente mal-humoradas.	+3	+2	+1	-1	-2	-3

© Versão original da ATDP-O: Yunker e Block (1960, 1986); Versão portuguesa da ATDP-O: Martins e Pais Ribeiro (2007).

Anexo 2 - Parecer da comissão de ética

Parecer sobre o projeto nº 175
Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Mandato 2019/2023

Projeto de Investigação Na reunião do dia 21 de janeiro de 2022, a CES-UCP esteve reunida e apreciou, do ponto de vista ético, os elementos submetidos pela investigadora, em resposta a parecer prévio da CES. Após apreciação redige o parecer que agora se apresenta.
Título: A Aprendizagem e Serviço como Contributo para a Educação Integral: Projeto Sorrisos Especiais
Aluna: Maria Beatriz Rodrigues Orientadora: Professora Doutora Patrícia Couto Coorientadores: Professor Doutor Nélio Veiga e Professora Doutora Maria José Correia Âmbito da Investigação: Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Resumo: Aprendizagem-Serviço é uma estratégia pedagógica em que os objetivos de aprendizagem dos cursos são combinados com a prestação de serviços à comunidade. A Universidade Católica Portuguesa lançou um projeto de Institucionalização da Aprendizagem-Serviço. Em Viseu, a Faculdade de Medicina Dentária tem vindo a utilizar esta metodologia para desenvolver competências diferenciadoras nos seus alunos e, simultaneamente, incrementar a investigação e os serviços de saúde oral prestados às comunidades locais. Através de uma parceria com a Câmara Municipal de Viseu, lançou assim o projeto “Sorrisos Especiais” que visa proporcionar tratamentos orais a cidadãos com deficiência que enfrentam inúmeras barreiras no acesso a serviços médico-dentários e capacitar estes indivíduos vulneráveis e seus cuidadores para uma melhor higiene oral. Por outro lado, a Universidade oferece assim aos seus alunos oportunidades envolventes de aprendizagem experiencial. Assim, torna-se importante avaliar e quantificar as necessidades e a tipologia de tratamentos médico-dentários realizados a indivíduos com deficiência, determinar a influência desta forma de aprendizagem nos alunos, bem como avaliar o impacto desta experiência nos cuidadores. Elementos solicitados pelo parecer da CES-UCP data de 16 de dezembro de 2021: No texto usam-se as seguintes expressões, que aparecem como sinónimas: “pessoas com incapacidade” (usada em ATDP), “pessoas com deficiência”, “indivíduos com deficiência”, “cidadãos com deficiência”, “pacientes com deficiência”. Talvez seja melhor utilizar a primeira. Seria importante explicar o tipo de deficiência e impacto: física? psicológica? económica? outra? O grau, e por que “enfrentam inúmeras barreiras no acesso aos serviços médico-dentários”.
Apreciação sobre os esclarecimentos submetidos pela investigadora principal: Considera-se que os esclarecimentos submetidos são boa resposta às observações feitas anteriormente.
Estiveram presentes na reunião nº 36 da CES-UCP Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas Vice-Presidente: Doutora Teresa Marques Doutor Jerónimo Santos Trigo Doutora Marta Brites Doutora Ana Mineiro Zaky Mestre Ivone Gaspar
Conclusão Ouvido o Relator, e o plenário da reunião do dia 21 de janeiro de 2022, realizada por videoconferência, CES delibera, por unanimidade, a emissão de Parecer Favorável . Esta CES solicita à Investigadora Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.
A Presidente,  Mara de Sousa Freitas 21/01/2022

Anexo 3 – Consentimento informado escrito



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do estudo: “A Aprendizagem e Serviço como Contributo para a Educação Integral: “Projeto Sorrisos Especiais”

Enquadramento: A Aprendizagem-Serviço é uma estratégia pedagógica em que os objetivos de aprendizagem dos cursos são combinados com a prestação de serviços à comunidade. A Universidade Católica Portuguesa lançou um projeto de Institucionalização da Aprendizagem-Serviço através dos seus quatro campi. Em Viseu, a Faculdade de Medicina Dentária tem vindo a utilizar esta metodologia para desenvolver competências diferenciadoras nos seus alunos e, simultaneamente, incrementar a investigação e os serviços de saúde oral prestados às comunidades locais.

Através de uma parceria com a Câmara Municipal de Viseu, a Faculdade de Medicina Dentária lançou assim o projeto “Sorrisos Especiais” que visa proporcionar tratamentos orais a cidadãos com deficiência que enfrentam inúmeras barreiras no acesso a serviços médico-dentários e capacitar estes indivíduos vulneráveis e seus cuidadores para uma melhor higiene oral. Por outro lado, a Universidade oferece assim aos seus alunos oportunidades envolventes de aprendizagem experiencial. Assim, torna-se importante avaliar e quantificar as necessidades e a tipologia de tratamentos médico-dentários realizados a indivíduos com deficiência, determinar a influência desta forma de aprendizagem nos alunos, bem como avaliar o impacto desta experiência nos cuidadores.

Condições e financiamento: Para tal pretendemos realizar um estudo observacional descritivo transversal. Será realizado um levantamento de todos os tratamentos médico-dentários efetuados a pacientes com deficiência no âmbito do projeto Sorrisos Especiais, assim como uma aplicação da versão portuguesa da escala de avaliação das ‘Atitudes em relação às Pessoas com Incapacidade’ (ATDP-0) a todos os alunos envolvidos, antes e após o término do projeto. Será de igual modo administrado um questionário para avaliação do impacto da experiência de Aprendizagem e Serviço junto das instituições/cuidadores participantes.

Todas as variáveis serão alvo de análise estatística com recurso ao *software* SPSS.

Os dados serão mantidos confidenciais e serão de uso exclusivo da equipa de investigação. Este estudo não envolve procedimentos clínicos nem pretende testar novos produtos ou medicamentos.

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 3 PÁGINAS E FEITO EM DUAS VIAS: UMA ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA O PARTICIPANTE

A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos, podendo o participante retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis, e com a total ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar.

Ao decidir participar pode colocar todas as questões que considerar necessárias para o seu esclarecimento.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos são de uso exclusivo dos responsáveis envolvidos no estudo e serão tratados de modo a garantir a sua confidencialidade. A análise dos dados será efetuada em ambiente que garanta a privacidade dos mesmos. Os dados recolhidos serão destruídos após término do estudo.

Caso seja necessário algum esclarecimento adicional deve contactar:

Investigador principal: Patrícia Sofia Soares Couto

Telemóvel: 961449215

Assinatura: Patrícia Sofia Soares Couto Data: / /
(Patrícia Couto - Investigador principal)

Data Protection Officer – UCP
Dra. Frederica Campos de Carvalho
Contacto telefónico: +351 217214179
E-mail: compliance.rgpd@ucp.pt

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 3 PÁGINAS E FEITO EM DUAS VIAS: UMA ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA O PARTICIPANTE

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Caso seja necessário, não hesite em solicitar qualquer informação se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito que os dados recolhidos sejam divulgados sob a forma de publicação científica, desde que a minha identidade seja mantida confidencial.

Assinatura _____
_____ (localidade) ___/___/_____

Se não for o utente a assinar:

Nome: _____
BI/CC n.º: _____, data/validade ___/___/_____
Morada _____
Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Assinatura: _____ Data: ___/___/_____
(Patrícia Couto - investigador principal)

Assinatura: _____ Data: ___/___/_____
(Nélio Veiga - Membro da equipa de investigação)

Assinatura: _____ Data: ___/___/_____
(Maria José Correia - Membro da equipa de investigação)

Assinatura: _____ Data: ___/___/_____
(Maria Beatriz Rodrigues - Membro da equipa de investigação)

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 3 PÁGINAS E FEITO EM DUAS VIAS: UMA ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA O PARTICIPANTE