

26. MANEJO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS NOS CUIDADOS DA SAÚDE

Elaborado por:

Luiz Cândido Pinto da Silva (coordenador)

Denise Siqueira Lobão

Objetivo

A Associação Brasileira de Odontopediatria (abo-odontopediatria) define a especialidade, como a que promove a atenção primária, a prevenção e a terapêutica da saúde bucal em crianças e adolescentes, inclusive àqueles pacientes que necessitam de cuidados especiais.¹

Os cursos de especialização em Odontopediatria devem englobar, nas disciplinas específicas, conteúdos como protocolos de comportamento, cuidados prestados a pacientes com necessidades especiais, supervisão do crescimento e desenvolvimento, prevenção da doença cárie dentária, sedação, manejo farmacológico e odontologia hospitalar, além de outras tradicionais no campo da Odontologia. Essas habilidades são usadas em resposta às necessidades dos pacientes nos vários estágios do desenvolvimento e para tratamento das necessidades e doenças específicas para indivíduos em crescimento.¹

Essas diretrizes têm por objetivo orientar o Odontopediatra em relação às recomendações específicas para o tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais nos cuidados da saúde.

Definições

Pacientes com necessidades especiais nos cuidados da saúde

São considerados pacientes com necessidades especiais aqueles que possuem deficiências (físicas, mentais, sensoriais, de desenvolvimento, comportamentais, emocionais, déficit de cognição) e condições limitadas que requerem atenção médica (problemas sistêmicos de saúde que necessite de programas ou serviços especializados no tratamento). A condição patológica

pode ser de desenvolvimento ou adquirida, podendo causar limitações ou incapacidade nas atividades do dia a dia.²

A atenção à saúde de pacientes com necessidades especiais está além da rotina e requer conhecimentos especializados e avançados.²

Necessidade de cuidados médicos

A avaliação para verificar se o paciente, que irá receber algum tipo de abordagem odontológica, necessita de cuidados médicos, deve ser realizada durante as fases de diagnóstico, prevenção, tratamento (incluindo material, instrumental e planejamento) e no posterior acompanhamento.²

A necessidade de cuidados médicos é determinada por alguma condição, doença, injúria ou má formação (congenita ou de desenvolvimento) e abrange todos os serviços de saúde que otimizam a qualidade preventiva e terapêutica do tratamento odontológico oferecido aos pacientes com condições (médica, física ou de comportamento) especiais.²

Esses serviços incluem (mas não se limitam) a sedação, a anestesia geral e a utilização de outras técnicas que viabilizem o tratamento odontológico.³

Portanto, a necessidade de cuidados médicos especiais deve ser considerada para viabilizar o tratamento odontológico.³

Abordagem odontológica de pacientes com necessidades especiais nos cuidados da saúde

Os pacientes com necessidades especiais nos cuidados da saúde têm um risco aumentado para desenvolver doenças bucais que podem ter um impacto direto e negativo em sua saúde.⁴

As doenças cárie e periodontal, e outras condições bucais, se não tratadas, podem evoluir para dor, infecção e perda de função.⁵⁻⁸ Esses efeitos adversos indesejáveis podem afetar a aprendizagem, a comunicação, a nutrição e outras atividades necessárias para o crescimento e desenvolvimento normais.⁹⁻¹²

Muitas situações médicas (ex.: enfermidades hematológicas e oncológicas) apresentam manifestações bucais. Pacientes com imunidade comprometida (ex.: leucemia ou outras

neoplasias, paciente soro-positivo para o vírus da imunodeficiência adquirida) ou com condições cardíacas associadas com o risco de endocardite, podem ser especialmente vulneráveis aos efeitos de doenças bucais. Os pacientes com deficiência mental, física ou de desenvolvimento, que não têm capacidade de compreender e assumir responsabilidades ou para cooperar com as práticas preventivas para promoção de saúde bucal são, também, susceptíveis. A saúde bucal é uma parte inseparável da saúde geral e do bem-estar.⁴

Pacientes com necessidades especiais incluem, também, os indivíduos com desordens ou condições que se manifestam somente no complexo orofacial (ex: amelogênese imperfeita, dentinogênese imperfeita, fissura lábio-palatal, câncer oral). Embora esses pacientes não apresentem as mesmas limitações físicas ou de comunicação de outros pacientes com necessidades especiais, suas necessidades são específicas e têm impacto em sua saúde geral, necessitando, portanto, de abordagem odontológica especializada.⁴

Pacientes com anomalias crânio-faciais requerem cuidados na saúde oral como resultado direto de suas condições crânio-faciais e esta atenção é parte integrante de um processo de reabilitação durante toda sua vida¹³.

Os cuidados com a saúde bucal dos pacientes com alterações orofaciais de desenvolvimento ou adquirida apresentam algumas considerações especiais. Anomalias orofaciais congênitas que resultem em má formação ou perda de dentes, como a displasia ectodérmica e defeitos no palato (mas não apenas estas), podem resultar em efeitos danosos na função, estética e no estado psicológico nos indivíduos acometidos e em suas famílias^{13,14}. Desde o primeiro contato, com a criança e com a família, todo esforço deve ser feito para ajudá-los no ajuste da anomalia e das necessidades bucais relacionadas. O cirurgião-dentista deve estar conscientizado em relação ao bem-estar psico-social do paciente, bem como em relação aos efeitos nas condições do crescimento, função e estética.^{13,15}

Crianças e jovens se beneficiam de aparelhos, técnicas restauradoras e funcionais que devolvem a função, recompõem dentes ausentes, melhoram a estética e a auto-estima. Durante o período de crescimento e desenvolvimento oro-facial, os aparelhos requerem freqüentes ajustes de acordo com o período do crescimento. Para crianças com hipodontia hereditária, podem ser indicadas próteses removíveis ou fixas (totais ou parciais) e/ou implantes.¹³

Uma correta avaliação dos cuidados necessários para o tratamento de bebês, crianças e adolescentes das fissuras lábio palatais, deformidades oro faciais ou crânio-faciais tem sido descrita como o melhor caminho para correção do problema.¹⁵

Os pacientes com condições tais como displasia ectodérmica, epidermólise bolhosa, fissura lábio-palatal e câncer oral, requerem freqüentemente uma abordagem interdisciplinar da equipe que lhe presta assistência.¹⁵

Devido aos avanços médicos, o número de pacientes com necessidades especiais tem aumentado, uma vez que, muitas condições anteriormente agudas e fatais tornaram-se problemas crônicos e passíveis de controle. Historicamente, muitos desses pacientes recebiam cuidados médicos em casa, com enfermeiros ou em instituições. Hoje, a tendência é que esses indivíduos tenham acesso a uma prática privativa de cuidados odontológicos¹⁶.

Partindo-se do pressuposto de que o consultório odontológico é um local de acesso ao público, uma limitação em acomodar pacientes com necessidades especiais pode ser considerada uma discriminação. Portanto, os consultórios odontológicos devem oferecer condições de acesso para esses pacientes (ex. rampas para cadeira de rodas e espaços no estacionamento).¹⁶

Outra barreira enfrentada por pacientes com necessidades especiais está relacionada aos recursos financeiros.¹⁷ Os pacientes com necessidades especiais muitas vezes recorrem às entidades governamentais para arcarem com as despesas médicas e odontológicas e geralmente necessitam de plano de saúde privado para terem acesso aos serviços de saúde.^{18,19} A falta de cuidados preventivos e terapêuticos, em momentos oportunos, pode aumentar a necessidade de cuidados odontológicos mais onerosos.²⁰ Pacientes que apresentam condições específicas, com envolvimento da cavidade bucal, tais como osteogênese imperfeita, displasia do ectoderma e epidermólise bolhosa, freqüentemente se deparam com barreiras relacionadas aos recursos financeiros pois, embora as manifestações bucais sejam intrínsecas às desordens genéticas e congênitas, os planos de saúde freqüentemente não oferecem cuidado profissional de saúde bucal.¹⁴

Também existem outras barreiras, não relacionadas aos recursos financeiros, tais como a comunicação e nível cultural. No caso de pacientes ou responsáveis com deficiência auditiva, pode-se utilizar uma variedade de métodos, incluindo intérpretes, material escrito e leitura labial.

Além disso, os serviços de saúde em comunidades-base, com programas educacionais e sociais, podem ajudar cirurgiões-dentistas e pacientes com necessidades especiais.²¹

Atitudes que priorizam outras necessidades podem dificultar a execução de medidas voltadas para os cuidados com a saúde bucal. A necessidade médica primária e a falta de conscientização e conhecimento podem limitar a procura do paciente com necessidades especiais ao atendimento odontológico visando cuidados preventivos. Outras necessidades médicas podem parecer mais importantes do que a saúde bucal, especialmente quando a relação entre saúde bucal e saúde geral não é bem compreendida. Os pacientes com necessidades de cuidados especiais podem apresentar um nível mais elevado de ansiedade quando submetidos ao atendimento odontológico, do que aqueles sem uma condição debilitante. Isso pode ter um impacto negativo na frequência das visitas odontológicas e, subseqüentemente, na saúde bucal.²²

As limitações relacionadas ao meio de transporte também têm um impacto negativo no acesso ao atendimento odontológico.²³

Outra preocupação dos Odontopediatras está relacionada à dificuldade de acesso dos pacientes com necessidades de cuidados especiais, em uma idade mais avançada, ao tratamento odontológico. O encaminhamento para um cirurgião-dentista, que presta atendimento odontológico para paciente adulto, freqüentemente é difícil. Isso se deve ao fato desses profissionais não terem uma formação para o atendimento de pacientes com necessidades de cuidados especiais, embora muitas vezes demonstrem desejo em aceitar a responsabilidade de cuidar desses pacientes.²⁴

Organização do atendimento odontológico

No contato inicial, geralmente realizado por telefone, se obtém informações que deverão ser registradas, para permitir um planejamento adequado, no que se refere à primeira consulta. Além do nome da criança, da idade e da queixa principal, a atendente do consultório odontológico deve fazer anotações relacionadas à presença e à natureza da necessidade especial do paciente, como também o (os) nome(s) do(s) médico(s) responsável(es) pela criança ou adolescente. A equipe de funcionários do consultório, sob a orientação do cirurgião-dentista, também deve determinar a necessidade de se aumentar o espaço para anotações na ficha clínica e/ou aumentar a equipe auxiliar, a fim de acomodar o paciente de maneira eficiente. Deve-se

registrar o grau de dificuldade encontrado pelo cirurgião-dentista e pela equipe, bem como as medidas que podem otimizar o atendimento, para que a equipe esteja preparada para acomodar o paciente, de acordo com a sua necessidade, em cada visita subsequente.²⁵

Atendimento odontológico domiciliar

Uma proposta de atenção odontológica para pacientes com necessidades de cuidados especiais é o atendimento domiciliar.²⁶ Dessa forma, os pacientes têm maiores chances de receber cuidados preventivos e de rotina apropriados. O atendimento odontológico domiciliar oferece uma oportunidade de executar práticas preventivas individualizadas e reduz o risco da criança ou adolescente desenvolver doenças bucais passíveis de prevenção. Quando os pacientes com necessidades de cuidados especiais alcançam a idade adulta, suas necessidades odontológicas podem ir além da capacidade do Odontopediatra. É importante educar e preparar o paciente e o responsável em relação ao encaminhamento para um cirurgião-dentista que presta atendimento odontológico para paciente adulto. No momento oportuno, com a concordância do paciente, do responsável e do Odontopediatra, o paciente deve ser encaminhado para esse profissional. Nos casos onde isso não é possível ou desejado, o atendimento odontológico domiciliar pode permanecer com o Odontopediatra e o encaminhamento para o atendimento odontológico especializado deve ser recomendado quando necessário.²⁵

Avaliação do paciente

Durante a avaliação inicial de pacientes com necessidades especiais, no cuidado da saúde, é de fundamental importância conhecer a história médica para diminuir o risco de agravar a sua condição, quando for submetido ao atendimento odontológico. Portanto, é necessário obter uma história médica detalhada para a obtenção de um diagnóstico correto e de um plano de tratamento eficaz. A ficha clínica deve conter informações sobre a queixa principal, a história da doença atual, as condições e/ou doenças médicas, hospitalizações e cirurgias, alergias, experiências com soluções anestésicas, médicos que acompanham o paciente, medicamentos que faz uso, estado da imunização, bem como uma revisão de sistemas, da história familiar, história social e completa história odontológica. Se o paciente ou responsável for incapaz de fornecer informações corretas, essas poderão ser obtidas com o médico responsável pelo paciente. Em cada visita de retorno,

deve-se fazer uma atualização da história médica, registrar a recente terapia médica adotada, as condições médicas recém-diagnosticadas e as alterações das prescrições de medicamentos. Uma atualização escrita deve ser realizada em cada visita. As situações médicas significativas devem ser registradas de maneira distinta e confidencial na ficha clínica do paciente.²⁵

Em todos os pacientes, além do exame da cavidade bucal, também deve ser realizado um exame completo e detalhado da cabeça e do pescoço. Uma avaliação da atividade de cárie e dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença cárie deve ser realizada em um determinado momento e deve, conseqüentemente, ser aplicada periodicamente para avaliar alterações dos fatores de risco do indivíduo. Um programa preventivo individualizado incluindo chamadas para retorno, deve ser instituído após a avaliação do risco de desenvolvimento da doença cárie dentária e das necessidades dos cuidados com a saúde bucal.²⁷

Um resumo dos achados odontológicos e das recomendações específicas do tratamento deve ser fornecido ao paciente e ao responsável. Os médicos responsáveis pelo paciente também devem ser informados.²⁷

Interação do Odontopediatra com a equipe médica

O Odontopediatra deve planejar o tratamento odontológico após um contato prévio com a equipe que acompanha o paciente, incluindo médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Quando necessário, o médico deve ser consultado a respeito de medicamentos, sedação, anestesia geral e as limitações ou os cuidados especiais que podem ser requeridas, para garantir a segurança do atendimento odontológico. O dentista e a equipe sempre devem estar preparados para controlar uma emergência médica.²⁵

Comunicação com o paciente

Para o estabelecimento de uma boa comunicação, durante o tratamento odontológico de pacientes com necessidades de cuidados especiais, é fundamental uma avaliação do desenvolvimento mental ou do grau da função intelectual do paciente. Frequentemente, as informações fornecidas pelos pais ou pelo responsável, antes da visita do paciente, podem ser extremamente úteis no planejamento e organização do atendimento.²⁵ Um empenho deve ser feito

para a comunicação ser diretamente com o paciente, durante o atendimento odontológico. Um paciente que não consegue comunicar-se verbalmente, pode fazê-lo por meio de várias outras maneiras não-convencionais. Às vezes, a presença dos pais, de um membro da família ou de um responsável pode facilitar a comunicação e/ou fornecer informações que o paciente não consegue dar. Se as tentativas de comunicação com os pais de pacientes com necessidades especiais não forem bem sucedidas, por causa de uma limitação, tal como deficiência auditiva, o cirurgião-dentista deve trabalhar com esses indivíduos para estabelecer outros meios eficazes de comunicação.¹⁶

Consentimento informado

Para a realização do tratamento odontológico, faz-se necessário a obtenção do consentimento informado, assinado pelo próprio paciente ou pelo o seu representante legal. O consentimento informado deve ser bem documentado na ficha clínica odontológica.²⁸

Estratégias preventivas

Os pacientes com necessidades de cuidados especiais têm risco aumentado para doenças bucais que, por sua vez, podem representar risco de vida para esses pacientes.⁴ A educação dos pais/responsáveis é fundamental para assegurar a supervisão necessária da higiene bucal diária. Os profissionais da área odontológica devem demonstrar as técnicas de higiene bucal, incluindo como posicionar adequadamente a pessoa com deficiência.²⁵ Também devem reforçar a necessidade de escovação diária com dentífrício fluoretado e o uso do fio dental para ajudar a prevenir a doença cárie dentária e a gengivite. As escovas de dente podem ser modificadas para permitir que os indivíduos com incapacidades físicas escovem seus próprios dentes. As escovas elétricas podem melhorar a aceitação do paciente. Os suportes para fio dental podem ser benéficos quando é difícil colocar as mãos no interior da cavidade bucal. Os responsáveis devem realizar os cuidados necessários para a manutenção da saúde bucal, quando o paciente é incapaz de realizá-lo adequadamente.^{25,29}

Uma outra medida preventiva refere-se ao aconselhamento dietético. Os Odontopediatras devem incentivar uma dieta não-cariogênica e orientar aos pacientes e/ou responsáveis sobre o elevado potencial cariogênico dos medicamentos orais pediátricos, ricos em sacarose e nos

suplementos dietéticos ricos em carboidratos. Também, devem orientar a respeito de outros efeitos colaterais, dos medicamentos, na cavidade bucal (ex.: xerostomia, hiperplasia gengival).²⁶

Os pacientes com necessidades de cuidados especiais podem beneficiar-se do uso de selantes, como medida preventiva de lesões cáries em fossas e fissuras.³⁰

A aplicação tópica de fluoretos (ex.: flúor gel na escova, bochechos, verniz fluoretado e aplicação profissional durante a profilaxia) pode ser indicada quando forem identificados fatores de risco para o desenvolvimento da doença cárie dentária.²⁹

O Tratamento Restaurador Atraumático (ART), com a utilização de cimentos de ionômero de vidro, que liberam íons flúor, pode ser útil para pacientes com necessidades de cuidados especiais, tanto como medida preventiva como terapêutica.³¹

Nos casos de gengivite e de doença periodontal, a realização de bochecho com solução de clorexidina, pode ser útil. Para os pacientes que podem deglutir a solução de clorexidina, uma escova de dente pode ser usada para aplicá-la.

Para os pacientes que têm alta atividade de cárie e apresentam problemas gengivais é preconizado que as consultas odontológicas sejam a cada 2 a 3 meses ou mais frequentes, se indicado. Pacientes com doença periodontal progressiva devem ser encaminhados para um periodontista para a avaliação e o tratamento.⁴

Manejo do comportamento

Um dos desafios do tratamento odontológico de pacientes com necessidades de cuidados especiais é o manejo do comportamento. Reclamações e resistência ao atendimento podem ser vistas na pessoa com atraso mental e naquelas que apresentam incapacidades puramente físicas e função mental normal, podendo interferir na segurança do tratamento odontológico. No entanto, o comportamento da maioria dos pacientes com incapacidade física e/ou mental pode ser controlado no consultório odontológico com o auxílio dos pais ou responsáveis. A contenção física pode ser útil para os pacientes em que as técnicas tradicionais de manejo do comportamento não foram eficazes.²⁸ Quando a contenção física não for suficiente para viabilizar o atendimento odontológico, podem ser utilizadas outras técnicas, tais como sedação ou anestesia geral. Quando não for possível realizá-las no consultório odontológico, o atendimento em

ambiente hospitalar pode oferecer facilidade cirúrgica e segurança, sendo o local mais indicado para executar o tratamento. Portanto, a odontologia hospitalar deve integrar o currículo de cursos de aprimoramento de Odontopediatras que são, em virtude do treinamento e experiência, qualificados para reconhecer as indicações para tais medidas e para oferecer o tratamento indicado.³²

Por outro lado, os Odontopediatras vivenciam dificuldades em obter oportunidades de acesso aos hospitais e blocos cirúrgicos e os procedimentos odontológicos não-emergenciais são adiados. No entanto, o Odontopediatra pode desempenhar um papel significativo na equipe médico-hospitalar, oferecendo serviços essenciais aos pacientes, realizando consultas de rotina e serviços de urgência para bebês, crianças, adolescentes e pessoas com necessidades especiais nos cuidados da saúde, dentro do ambiente hospitalar, inclusive no ambiente de bloco cirúrgico.^{33,34}

Nesse sentido, os hospitais que oferecem tratamento cirúrgico não devem discriminar os pacientes pediátricos que requerem tratamento odontológico sob anestesia geral. Esses pacientes e seus responsáveis necessitam ter acesso a essas facilidades. O paciente odontológico, como qualquer outro paciente, deve ter o direito de receber o atendimento necessário, no momento oportuno.²⁸

Encaminhamento

Pacientes com necessidade de abordagem odontológica podem estar sujeitos à progressão de sua doença bucal se o tratamento não for oferecido por causa da idade, do comportamento, da incapacidade de cooperar, da deficiência ou da situação médica. O adiamento ou a recusa do cuidado necessário pode resultar em dor, desconforto, necessidades e custos aumentados do tratamento, experiências desfavoráveis e redução na qualidade dos resultados na saúde bucal. Os cirurgiões-dentistas têm a obrigação de agir de maneira ética na assistência aos pacientes com necessidades de cuidados especiais. Quando as necessidades do paciente estão além das habilidades do profissional, o cirurgião-dentista deve encaminhá-lo para outro profissional competente, a fim de assegurar a saúde integral do paciente.²⁴

Referências bibliográficas

1. American Dental Association Commission on Dental Accreditation. Accreditation standards for advanced specialty education programs in pediatric dentistry. Chicago, Ill; 2000.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of special health needs patient. *Pediatr Dent* 2004; 26(suppl):15.
3. Weddell JA, Jones JE. Hospital dental services for children and the use of general anesthesia. In: McDonald RE, Avery DR, Dean JA, eds. *Dentistry for the Child and Adolescent*. 8th ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2004:314.
4. US Dept of Health and Human Services. *Oral health in America: A report of the Surgeon General*. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.
5. Acs G, Pretzer S, Foley M, Ng MW. Perceived outcomes and parental satisfaction following dental rehabilitation under general anesthesia. *Pediatr Dent* 2001;23:419-423.
6. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent* 1999;21:325-326.
7. Milano M, Seybold SV. Dental care for special needs patients: A survey of Texas pediatric dentists. *J Dent Child* 2002;69:212-215.
8. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of dental disability. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):12.
9. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of dental neglect. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):11.
10. American Academy of Pediatric Dentistry. Special Patients. In: Nowak A, ed. *The Handbook*. 2nd ed. Chicago, Ill: AAPD; 1999:224.
11. Badger GR. Caries incidence in child abuse and neglect. *Pediatr Dent* 1986;8:101-102.
12. Thomas CW, Primosch RE. Changes in incremental weight and well-being of children with rampant caries following complete dental rehabilitation. *Pediatr Dent* 2002;24:109-113.

13. American Cleft Palate-Craniofacial Association. Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies. Revised ed. Chapel Hill, NC: American Cleft Palate-Craniofacial Association; April 2000.
14. National Foundation for Ectodermal Dysplasias. *Parameters of oral health care for individuals affected by ectodermal dysplasias*. National Foundation for Ectodermal Dysplasias. Mascoutah, Ill. Page 9, 2003.
15. Strauss RP. Organization and delivery of craniofacial services. *Cleft Palate Craniofac J* 1999;36:189-195.
16. American Dental Association. Americans with Disabilities Act(AwDA). Available at: <http://www.ADA.org>. Accessed September 23, 2008.
17. Schultz ST, Shenkin JD, Horowitz AM. Parental perceptions of unmet dental need and cost barriers to care for developmentally disabled children. *Pediatr Dent* 2001;23:321-325.
18. Academy of Dentistry for Persons with Disabilities. Preservation of quality oral health care services for people with developmental disabilities. *Spec Care Dentist* 1998;18:180-182.
19. US Bureau of Census. Americans with disabilities: 1991- 1992. Current population reports, p70 61. Washington DC 1997b Aug.
20. Newacheck PW, McManus M, Fox HB, Hung YY, Halfon N. Access to health care for children with special health care needs. *Pediatrics* 2000;105:760-766.
21. Halfon N, Inkelas M, Wood D. Nonfinancial barriers to care for children and youth. *Ann Rev Public Health* 1995;16:447-472.
22. Shenkin JD, Davis MJ, Corbin SB. The oral health of special needs children: Dentistry's challenge to provide care. *J Dent Child* 2001;86:201-205.
23. Gorden SM, Dionne RA, Synder J. Dental fear and anxiety as a barrier to accessing oral health care among patients with special health care needs. *Spec Care Dentist* 1998;18:88-92.

24. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the ethics of failure to treat or refer. *Pediatr Dent* 2004; 26(suppl):60.
25. Nowak AJ. Patients with special health care needs in pediatric dental practices. *Pediatr Dent* 2002;24:227-228.
26. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on dental home. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):18-19.
27. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on use of a caries-risk assessment tool (CAT) for infants, children and adolescents. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl): 25-27.
28. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on behavior management. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):89-94.
29. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on fluoride therapy. *Pediatr Dent* 2004; 26(suppl):87-88.
30. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on pediatric restorative dentistry. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):106-114.
31. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on alternative restorative treatment (ART). *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):30.
32. American Dental Association Commission on Dental Accreditation. Accreditation standards for advanced specialty education programs in pediatric dentistry: Hospital and adjunctive experiences. Chicago, Ill; 1998:25-29.
33. American Dental Association. Current policies, economic credentialing (1993:692). Available at: [http:// www.ada.org/prof/resources/positions/policies.asp](http://www.ada.org/prof/resources/positions/policies.asp). Accessed February 28, 2005.
34. American Medical Association. Policy H-230.975 Economic credentialing. Adopted 1991; reaffirmed 1998. Available at: <http://www.ama-assn.org/> . Accessed September 23, 2008.