

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

ACESSO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
BUCAL NO BRASIL

ALINE MACAREVICH CONDESSA

PORTO ALEGRE, FEVEREIRO DE 2019

CIP - Catalogação na Publicação

Macarevich Condessa, Aline

Acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde bucal no Brasil / Aline Macarevich Condessa. -- 2019.

131 f.

Orientadora: Juliana Balbinot Hilgert.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Pessoas com Deficiência. 2. Avaliação em Saúde. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Assistência Odontológica para Pessoas com Deficiências. I. Balbinot Hilgert, Juliana, orient. II. Título.

ALINE MACAREVICH CONDESSA

ACESSO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
BUCAL NO BRASIL

LINHA DE PESQUISA: EPIDEMIOLOGIA, ETIOPATOGENIA E REPERCUSSÃO DAS
DOENÇAS DA CAVIDADE BUCAL E ESTRUTURAS ANEXAS

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Juliana Balbinot Hilgert

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, nível Doutorado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito final para obtenção do título de doutor na área de concentração em Saúde Bucal Coletiva.

PORTO ALEGRE, FEVEREIRO DE 2019

ACESSO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Tese aprovada para obtenção do título de Doutor no Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela banca examinadora formada por:

Porto Alegre, 21 de Fevereiro de 2019.

Prof^a Dr^a Juliana Balbinot Hilgert - UFRGS

Prof^a Dr^a Aline Blaya Martins – UFRGS

Prof. Dr. Renato José De Marchi – UFRGS

Prof. Dr. Edson Hilan Gomes Lucena – UFPE

Prof. Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva – Grupo Hospitalar Conceição (suplente)

DEDICATÓRIA

Aos usuários e às usuárias com deficiência que já atendi no Sistema Único de Saúde, que com um sorriso (na boca ou nos olhos), encheram meu coração de alegria e amor.

Que consigamos unir a teoria com a prática, para proporcionar uma atenção à saúde digna e de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Ao Universo, que colocou tanta gente boa no meu caminho!

Ao Lê, que é o melhor companheiro de vida que eu poderia ter. Como diz meu irmão, tu não vais para o céu, tu vieste do céu para cuidar de mim. Te amo.

Aos meus pais, Beto e Iza, que me ensinaram a não desistir dos meus sonhos, a ter coragem e determinação.

Ao meu irmão Dudu e à Ale, que são meus amigos e companheiros de todas as horas.

Aos meus avós Eva, Schirlei e Pedro, meus tesouros.

A toda minha família que por vezes não entendeu a minha ausência, mas sempre apoiou as minhas escolhas.

Às minhas amigas queridas, com quem pude desabafar, dar risadas e lembrar que os momentos difíceis também passam.

À minha família CEEE, que traz alegria e leveza para as minhas manhãs. Eu não tenho palavras para agradecer toda a compreensão e apoio.

Aos novos colegas e amigos do CEO IAPI, que fazem o SUS dar certo. Obrigada pela acolhida e pelo amor com que tratam a mim e aos meus pacientes especiais (tanto do PNE quanto da Endodontia).

Aos colegas e amigos da Saúde Bucal Coletiva, em especial Carol, Rafa e Violeta. O apoio mútuo, o ombro amigo, as risadas, as parcerias, os cafés, tudo foi muito melhor e mais leve com vocês.

Aos professores do PPG, que compartilharam conhecimento e experiência.

Aos membros da banca, Aline, Edson, Daniel, Luciane e Renato. É uma honra contar com vocês nessa etapa tão importante.

À Lu, que esteve presente em toda essa caminhada, trazendo calma e a serenidade. Obrigada pelas análises, pelas risadas e principalmente pelo carinho!

À Ju, que foi mais do que minha orientadora, foi a amiga e a conselheira. Obrigada por ter me acolhido, ter apoiado as minhas escolhas de tema e ter me incentivado a voar para onde meu coração mandava.

A todos que cruzaram o meu caminho e que me ensinaram a ser feliz na jornada.

RESUMO

Condessa, Aline Macarevich. **Acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde bucal no Brasil**. 2019. 132f. Tese (Doutorado em Odontologia - Saúde Bucal Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

O atendimento odontológico da pessoa com deficiência é responsabilidade de todos os níveis de atenção. Os serviços de saúde devem garantir o acesso universal em seus locais de atendimento, trabalhando na remoção das barreiras e promovendo melhorias na acessibilidade. Medidas para efetivar a acessibilidade e permitir a equidade em saúde são necessárias para que pessoas com deficiência utilizem os serviços de saúde com igualdade de oportunidades. O objetivo desta tese foi estudar o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde no Brasil. O primeiro artigo trouxe uma reflexão, com base na revisão da literatura, sobre atendimento odontológico à pessoa com deficiência. O segundo artigo foi um estudo multinível que analisou a prevalência e os fatores associados à presença de facilitadores de comunicação das unidades básicas de saúde (UBS) no Brasil, a partir de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) de 2012 e de dados contextuais dos municípios. O terceiro artigo analisou os serviços especializados de atenção à saúde bucal para pessoas com deficiência – Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), atendidos pela especialidade de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE), em 2014. O quarto artigo avaliou os fatores associados à utilização de serviços odontológicos por pessoas com e sem deficiência no Brasil e verificou se havia diferença no modelo de acesso ao serviço, entre os grupos, com dados da Pesquisa Nacional de Saúde, de 2013. A atenção primária, ordenadora do cuidado em saúde e responsável pelo acesso à saúde dos usuários com deficiência, ainda conta com grande barreira de acesso às pessoas com deficiência sensorial (auditiva e visual). A presença dos facilitadores de comunicação é pequena nas UBS brasileiras, sendo mais frequente nos serviços localizados em municípios mais ricos, com maior PIB e porte populacional. Em relação à atenção odontológica especializada, dos 932 CEO avaliados, 10,2% não contavam com atendimento PNE, especialidade obrigatória

para habilitação do CEO, apenas 30,4% apresentavam todos os facilitadores de acessibilidade física e 59,7% contavam com referência para atendimento hospitalar. Mesmo com a baixa adesão à Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, que prevê incentivos financeiros para atendimento de 40 horas semanais no CEO, a maioria garantia tratamento completo aos usuários. Não foi encontrada diferença significativa na utilização do serviço odontológico entre pessoas com e sem deficiência no Brasil. No entanto, esse resultado pode ser devido ao fato de as pessoas com deficiência terem menos dentes e por isso consultarem menos o dentista. Pessoas com deficiência grave, com maior grau de limitação apresentaram mais dificuldade em acessar os serviços e são esses casos que devem ser priorizados. Estudos sobre o modelo de atenção em saúde bucal para essa população e protocolos baseados em classificação de risco são imprescindíveis, bem como a organização da rede de cuidados em saúde bucal da pessoa com deficiência. É necessário trabalhar na remoção de barreiras de acesso presentes tanto a atenção básica quanto a atenção especializada. Garantir o acesso universal, a equidade em saúde e o respeito à autonomia das pessoas com deficiência é responsabilidade dos profissionais, dos gestores públicos e da sociedade.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência; Avaliação em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Assistência Odontológica para Pessoas com Deficiências.

ABSTRACT

Condessa, Aline Macarevich. **Access to oral health services by disabled person in Brazil**. 2019. 132p. Thesis (Doctorate in Dentistry/Dental Public Health) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

The dental care for disabled person is the responsibility of all levels of attention. Health services must guarantee universal access at their places of care, work to remove barriers and promote improvements in accessibility. Measures to achieve accessibility and to enable equity in health are necessary for disabled person to use health services with equal opportunities. The aim of this thesis was to study the access of the disabled to the health services in Brazil. The first article brought a reflection, based on the literature review, on dental care to the disabled person. The second article was a multilevel study that analyzed the prevalence and factors associated with the presence of communication facilitators of basic health units in Brazil, based on data from the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care in 2012 and contextual data from municipalities. The third article analyzed the “Centro de Especialidades Odontológicas – CEO”, the specialized services of oral health care for disabled person, attended by the specialty Special Care Dentistry (SCD) in 2014. The fourth article evaluated the factors associated with the use of dental services by people with and without disability in Brazil and verified whether there was a difference in the service access model between the groups, with data from the National Health Survey in 2013. Primary care, which is responsible for the care of the disabled users, still has a great barrier to access to people with sensory (hearing and visual) disabilities. The presence of the communication facilitators is small in the Brazilian basic health units, being more frequent in the richest municipalities, with higher GDP and population size. Regarding specialized dental care, of the 932 CEOs evaluated, 10.2% had not SCD, a specialty required for CEO qualification, only 30.4% had all physical accessibility facilitators and 59.7% had reference to hospital care. Even with the low adherence to the Network of Care of the Person with Disabilities, which provides financial incentives to attend 40 hours a week in the CEO, the most of them guarantee complete treatment to users. There

was no significant difference in the dental service utilization between people with and without disabilities in Brazil. However, this result may be due to the fact that people with disabilities have fewer teeth and so consult less the dentist. People with severe disabilities, with a greater degree of limitation presented more difficulty in accessing the services and are those cases that should be prioritized. Studies on the model of oral health care for this population and protocols based on risk classification are essential, as well as the organization of the oral health care network of the disabled person. It is necessary to work on the removal of access barriers present in both primary and specialized care. Ensure universal access, equity in health and respect for the autonomy of persons with disabilities is the responsibility from all professionals, public manager and society.

Keywords: Disabled person; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Health Services Accessibility ; Dental Care for Disabled.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos de Excepcionais
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisas
CPO	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DAB	Departamento de Atenção Básica
dB	Decibel
DPP	Domicílios Particulares Permanentes
EPA	Efeito do Plano de Amostragem
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAB	Habitante
HB	Higiene Bucal
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
Hz	Hertz

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC Intervalo de Confiança

ICIDH International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps

IDSUS Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

ONU Organização das Nações Humanas

OR Odds Ratio

PCD Pessoa com deficiência

PDA Personal Digital Assistance

PIB Produto Interno Bruto

PMAQ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMAQ-AB Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMAQ-CEO Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

PNAD Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio

PNE Pacientes com Necessidades Especiais

PNS Pesquisa Nacional de Saúde

RCPD Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

RH Recursos Humanos

RP Razão de Prevalência

RR Risco Relativo

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UF Unidade Federativa

UFRGS Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UPA Unidade Primária de Amostragem

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	16
2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	25
2.3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	28
2.4. ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	33
2.5. AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	41
3. OBJETIVOS	52
3.1. OBJETIVO GERAL:.....	52
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	52
4. ARTIGOS	53
4.1. ARTIGO 1: Atendimento odontológico a pessoa com deficiência: um desafio para a profissão.....	53
4.2. ARTIGO 2: Barreiras e facilitadores de comunicação ao atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível	57
4.3. ARTIGO 3: Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos Centros de Especialidades Odontológicas	72
4.4. ARTIGO 4: Dental service utilization by people with and without disability in Brazil.....	96
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS	118
ANEXOS	126

1. INTRODUÇÃO

Estima-se que mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo conviva com alguma forma de deficiência, e que 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis (OMS, 2012). No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, 6,9% da população declarou possuir algum tipo de deficiência, aproximadamente 13 milhões de pessoas (IBGE, 2015b). Há, ainda, uma preocupação com o aumento da incidência de pessoas com deficiência, em função do envelhecimento populacional e do aumento global de doenças crônicas (OMS, 2012).

A disparidade em saúde faz com que as pessoas com deficiência apresentem piores condições de saúde. Pessoas com deficiência têm risco maior de desenvolver doenças secundárias à sua deficiência, apresentam mais necessidades de tratamento não tratadas e recebem menos serviços preventivos (DRUM et al, 2005). Além das questões fisiológicas/patológicas, as pessoas com deficiência enfrentam barreiras no acesso a serviços básicos, como os serviços de saúde, educação e transporte (OMS, 2012). Essas barreiras não comprometem o acesso exclusivamente das pessoas com deficiência, porém elas tendem a ser mais severas com essa parcela da população (VRIES McCLINTOCK et al; 2016; SCHEER et al, 2003).

A busca pelo acesso universal aos serviços de saúde beneficia não apenas as pessoas com deficiência, mas também os indivíduos com mobilidade reduzida, como os idosos, que também necessitam de adaptações e facilidades de acesso às Unidades de Saúde. O envelhecimento populacional está ocorrendo de maneira expressiva no Brasil (IBGE, 2015b), e por isso é necessário pensar nas necessidades desta parcela da população. Assim, locais acessíveis irão beneficiar tanto as pessoas com deficiência, como todos os usuários, que podem passar por alguma limitação ou necessidade especial ao longo da vida (OMS, 2012). Para as pessoas com deficiência não é suficiente ter as mesmas oportunidades quando não há condições de aproveitá-las, comparativamente a alguém sem deficiência (CASTRO et al, 2011). Garantir a prioridade de atendimento em uma unidade de saúde que não conta com rampa de acesso ou portas com largura suficiente para

um cadeirante, não permite o acesso e a autonomia deste usuário. Trabalhar na remoção de barreiras de acesso dos serviços de saúde é contribuir para a concretização dos princípios da Universalidade e da Equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), onde todos possam acessar e ser atendidos sem barreiras físicas ou atitudinais, facilitando o atendimento dos que mais necessitam. Ainda que as barreiras físicas de acesso sejam reconhecidas (MARTINS et al, 2016; SIQUEIRA et al, 2009), mais estudos sobre barreiras comportamentais e de comunicação são necessários para garantir a acessibilidade e contribuir para uma maior adequação dos serviços ao princípio do acesso universal.

A saúde bucal das pessoas com deficiência intelectual é pior do que da população em geral, tanto em função das necessidades de tratamento não resolvidas (ANDERS; DAVIS, 2010) quanto em relação à falta de capacitação dos profissionais para atendimento (FAULKES et al, 2012). Neste contexto, é necessário conhecer a rede de serviços e avaliar se os fatores que influenciam a utilização dos serviços odontológicos são os mesmos entre pessoas com e sem deficiência. Estudos bem delineados, com amostras representativas da população ou ainda inquérito de base nacional são necessários para avaliar se as políticas de saúde estão sendo efetivas, aumentando a acessibilidade e reduzindo as iniquidades em saúde.

Frente ao elevado número de pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, ao direito inerente a todos os brasileiros ao acesso aos serviços de saúde e as disparidades existentes em saúde, às adequações necessárias para a garantia da acessibilidade, e à modesta produção acadêmica em torno deste assunto, essa tese foi elaborada. Desta forma, buscou-se avaliar o acesso à saúde das pessoas com deficiência, considerando a rede de serviços existente, para a garantia do direito ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Esta revisão de literatura aborda os conceitos e as características da pessoa com deficiência, as políticas públicas existentes no Brasil que buscam garantir os direitos das pessoas com deficiência, a rede de atenção à saúde bucal, o acesso aos serviços de saúde e a avaliação de serviços de saúde.

2.1. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

As expressões ou nomenclaturas causam inúmeros debates nesta área do conhecimento, visto que a linguagem utilizada no passado – nem tão distante - era carregada de violência e eufemismos discriminatórios, como “aleijado”, “retardado”, “pessoa portadora de deficiência” ou “pessoa especial” (DINIZ, 2007). Essa discussão é importante, não pela estética do vocabulário, mas pela reafirmação do espaço e do direito destes indivíduos na sociedade. Ainda que não haja um consenso sobre o tema, nesta tese optou-se por adotar a nomenclatura utilizada pelo Ministério da Saúde (MS) nas políticas relacionadas à deficiência.

Deficiência pode ser conceituada como uma dificuldade de funcionamento para o corpo, pessoa ou níveis sociais, em um ou mais domínios da vida, como uma experiência do indivíduo com uma condição de saúde em interação com fatores contextuais (OMS, 2004). A deficiência é vista também como um conceito político por ser a expressão da desvantagem sofrida por pessoas com diferentes lesões e por isso passa a ser uma questão de justiça social. A sociedade passa a ter papel fundamental nas barreiras sofridas por estas pessoas. Assim, as pessoas com deficiência podem ser vistas como membros de uma minoria cujos direitos são violados por uma maioria injusta (GAUDENZI; ORTEGA, 2016; DINIZ, 2007).

Pessoa com deficiência (PcD) é aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. O Brasil, em consonância com a Organização Mundial da Saúde (OMS), orienta que a avaliação da deficiência deve ser médica e social, levando em consideração os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação

do desempenho das atividades e a restrição de participação segundo suas especificidades (BRASIL, 2015b).

Pessoa com mobilidade reduzida é aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa com deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção. Pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, gestantes, lactantes e pessoas com criança de colo podem ser enquadrados nesta classificação (BRASIL, 2015b). Estas também são beneficiadas quando os ambientes contam com acessibilidade e desenho universal.

2.1.1 CLASSIFICAÇÃO DAS DEFICIÊNCIAS

O modelo de classificação das deficiências vem passando por mudanças constantes, influenciado fortemente pela abordagem hegemônica do momento. A abordagem biomédica considera a deficiência como consequência natural da lesão em um corpo, e a pessoa com deficiência deve ser objeto de cuidados biomédicos. Na visão estritamente biomédica, a experiência de segregação, desemprego e baixa escolaridade são causados pela inabilidade do corpo lesado para o trabalho (DINIZ, 2007). A *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* (ICIDH), em português Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, da Organização Mundial da Saúde, de 1980, é um excelente exemplo de categorização exclusivamente biomédica das doenças, sendo muito criticada pelos defensores do modelo social.

A abordagem social afirma que a experiência da deficiência não é resultado das lesões e sim do ambiente hostil à diversidade física. A deficiência não é considerada uma desigualdade natural e sim uma opressão exercida sobre o corpo deficiente, portanto requer – majoritariamente - ações políticas e de intervenção do Estado. Neste modelo, a deficiência está diretamente relacionada com a exclusão social. À medida que uma pessoa com deficiência física não consegue utilizar o transporte público que não está adaptado, é necessária uma ação política capaz de tornar acessível o transporte e não apenas um recurso biomédico para tentar atuar

diretamente na deficiência. Essa abordagem inicialmente não levava em consideração a necessidade de cuidado que algumas deficiências graves geram, afirmando que as desvantagens eram resultado apenas das barreiras impostas e que, caso fossem retiradas, as pessoas com deficiência seriam independentes (DINIZ, 2007).

Na busca pela visão integral, a abordagem biopsicossocial leva em consideração tanto as questões médicas (a lesão em si) quanto a influência do meio sobre as limitações da deficiência (social). É um modelo que percebe a importância das duas frentes de trabalho: a necessidade do cuidado (individual, familiar e profissional) e a importância das políticas públicas para atuar nos fatores ambientais que podem influenciar positiva ou negativamente a vida da pessoa com deficiência. Seguindo essa linha, a Organização Mundial da Saúde reviu seus métodos classificatórios e lançou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF) em 2001. A CIF objetiva descrever situações particulares em que as pessoas podem ter desvantagens, classificando as doenças em domínios relacionados à saúde, integrando as perspectivas biológica, individual e social (OMS, 2004).

A classificação das deficiências, de acordo com a legislação brasileira, disposto pelo Decreto nº 5296/04, será apresentada a seguir:

Deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

Deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

Deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor

olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

Deficiência Intelectual/Cognitiva: o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e com limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, comunicação, desenvolvimento da linguagem oral e escrita e sociabilidade;

Deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências (BRASIL, 2004b).

2.1.2 SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A saúde, analisada através de seu conceito sociológico, leva em consideração tanto as dimensões biológica, estruturais e políticas quanto os aspectos histórico-culturais e simbólicos. Ainda que seja um bem compartilhado por todos, apresenta suas particularidades biológicas, sociais e ambientais vividas subjetivamente, pois as condições de vida a qualificam de forma diferenciada (MINAYO, 2014). As concepções de saúde e doença são culturalmente específicas e por isso é necessário estudar e compreender as peculiaridades da saúde da pessoa com deficiência.

Vivências desiguais constroem formas diversas de pensar, sentir e agir peculiares a respeito da saúde e da doença (MINAYO, 2014). Dissociar o campo da doença do campo da deficiência é fundamental. O objetivo das pessoas com deficiência pode não ser o mesmo de pessoas sem deficiência. É necessário redefinir a ideia de autonomia para deixar fluida a fronteira entre eficiência e deficiência (GAUDENZI; ORTEGA, 2016). As pessoas com deficiência física, por exemplo, podem não ter como objetivo de vida voltar a caminhar, mas sim contar com serviços que possam atendê-los de maneira integral e humanizada.

A maioria das deficiências pode ser considerada uma condição crônica, caracterizada por circunstâncias na saúde mais ou menos persistentes e que exigem

respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Essa condição de saúde usualmente requer um cuidado longitudinal, proativo e realizado com foco nas pessoas e nas famílias, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias (MENDES, 2015).

A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas, etc.) e os fatores contextuais (fatores pessoais e fatores ambientais). Fatores ambientais referem-se a todos os aspectos do mundo externo ou extrínseco que formam o contexto da vida de um indivíduo e, como tal, têm um impacto sobre a funcionalidade dessa pessoa. Os fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida, exercendo influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade. O constructo básico dos fatores ambientais é o impacto facilitador ou limitador na vida das pessoas com deficiência (OMS, 2004).

Outro ponto importante é que a deficiência não atinge os indivíduos de maneira igualitária. Em todos os países, grupos vulneráveis, como mulheres, idosos e pessoas no limiar da pobreza extremo, apresentam incidências superiores de deficiência (OMS, 2012). Pessoas que vivem em condições de pobreza tem maior dificuldade em acessar os serviços de saúde e essa dificuldade de acesso pode fazer com que as condições de saúde fiquem ainda piores, desencadeando uma deficiência, como a cegueira em função do diabetes descontrolado, por exemplo (PETERS et al, 2008). A busca pelo cuidado em saúde também é mais difícil entre os indivíduos com algum tipo de deficiência. Esse grupo demorou mais para procurar atendimento necessário à condição de saúde, mesmo entre aqueles com plano de saúde (REICHARD et al, 2017).

Pessoas com deficiência apresentam piores perspectivas de vida, níveis mais baixos de escolaridade e emprego, despesas médicas superiores e níveis de pobreza mais elevadas, quando comparadas a pessoas sem deficiência (MITRA; POSARAC; VICK, 2013; BRAITHWAITE; MONT, 2009). Elas também apresentam

pior capital social, redes de suporte social e status de saúde autorrelatados, com maior iniquidade entre pessoas com deficiência intelectual ou psicológica (MITHEN et al, 2015).

Em momentos de austeridade econômica e de modelos ultraliberais, como o que o Brasil está passando, as pessoas com deficiência podem ser ainda mais prejudicadas. Na Grécia, essa parcela da população relatou maiores necessidades de saúde não atendidas, tendo como principais barreiras transporte, custo e longas listas de espera. Todas as barreiras foram positivamente associadas a indicadores socioeconômicos, que pioraram com a crise financeira. Preocupa a combinação de maiores necessidades de cuidados de saúde e menor status socioeconômico, pois torna essa população particularmente vulnerável a riscos à saúde (ROTAROU; SAKELLARIOU; 2019).

O aumento da expectativa de vida da população brasileira nas últimas décadas tem feito com que as causas da deficiência estejam cada vez mais relacionadas a males crônico-degenerativos, como a hipertensão arterial, o diabetes, o infarto, os acidentes vasculo-encefálicos, a doença de Alzheimer, o câncer, a osteoporose e outros (MALTA et al 2016). Entre pessoas com deficiência, os níveis de doenças são mais elevados (NOGUEIRA et al, 2016; HORNER-JOHNSON et al, 2013) e isto corrobora a necessidade de medidas que garantam acesso facilitado e tratamento adequado para as patologias mais prevalentes.

2.1.2.1 Saúde Bucal das Pessoas com Deficiência

Estudos específicos sobre a saúde bucal da pessoa com deficiência são necessários em função da maior vulnerabilidade a doenças bucais nessa população, além da particularidade dos atendimentos, com a necessidade de capacitação dos profissionais (FAULKES et al, 2012). Além disso, a maioria dos estudos tem como critério de exclusão da amostra “ter deficiência”, o que faz com que os estudos não sejam representativos desta parcela da população (ALWADI; BAKER; OWENS, 2018)

Na Odontologia, existe uma confusão sobre o cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência e a especialidade voltada para o atendimento de casos que

demandem cuidados específicos relacionados a condições sistêmicas, físicas ou comportamentais. A especialidade Odontologia para Paciente com Necessidades Especiais considera como seu público alvo todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional (CFO, 2005). Neste sentido, é a especialidade responsável por atender os casos mais complexos, dentre eles as pessoas com deficiência severa, que não permitem o atendimento do dentista generalista.

É necessário deixar claro, a priori, que a responsabilidade pela saúde bucal da pessoa com deficiência é de todos os profissionais da rede de atenção à saúde, em conjunto com os usuários. A maioria dos casos pode ser resolvida na atenção primária e somente os casos de difícil manejo tem indicação de atendimento na atenção especializada (BRASIL, 2018).

Pessoas com necessidades especiais ou com mobilidade reduzida têm direito à prioridade de agendamento e atendimento nas clínicas e nos consultórios odontológicos, tanto no âmbito privado como no público. O atendimento preferencial e obrigatório constitui-se na atenção imediata, em todos os níveis de serviço de saúde, resguardando-se as situações de urgências e emergências dos demais usuários. No caso de existir mais de um paciente com necessidade especial, em uma mesma fase de tratamento, o profissional deverá priorizar a marcação e a realização de consulta daquele cuja gravidade seja maior (CFO, 2015). Importante ressaltar que os serviços privados também estão sujeitos às normas e leis brasileiras, mas que não existe uma política de avaliação nacional que os inclua. Desta forma, caso o usuário do serviço privado sinta-se desrespeitado, deve realizar a denúncia no Órgão de Classe ou no Ministério Público.

A especialidade Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais foi regulamentada recentemente e o número de especialistas na área é muito baixo. No estado do Rio Grande do Sul, por exemplo, em janeiro de 2019, apenas 30 dos 18.128 cirurgiões-dentistas inscritos tinham a especialidade Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais registrada (CRO-RS, 2019). É notória a necessidade de atendimento dessa população pelos cirurgiões-dentistas

generalistas, tanto na atenção primária quanto na atenção especializada. Muitos cirurgiões-dentistas, no entanto, não se sentem aptos para o atendimento de pessoas com deficiência ou outras necessidades especiais (LEAL ROCHA et al, 2015). É preciso que as instituições de ensino invistam e oportunizem esta formação ainda no curso de graduação em Odontologia (ADYANTHAYA et al, 2017; FAULKS et al, 2012). E também que os serviços oportunizem espaços para educação permanente para desmistificar o atendimento às pessoas com deficiência.

Condições de saúde bucal das pessoas com deficiência

A cárie dentária não-tratada é a condição crônica mais prevalente no mundo (KASSEBAUM et al, 2015) e sua distribuição é desigual (NARVAI et al, 2006). A saúde bucal da população reflete suas condições socioeconômicas e de vulnerabilidade social. O quadro de iniquidade em saúde reproduz-se nas condições de saúde bucal da população e ainda se faz presente no Brasil (PERES et al, 2012).

Pessoas com deficiência apresentam pior estado de saúde bucal, com mais dentes perdidos ou com necessidade de restauração, em comparação com os sem deficiência. O tipo de deficiência e o grau de limitação também interferem decisivamente na condição de saúde bucal (LEE, et al 2019; PETROVIC et al, 2016; HORNER-JOHNSON et al, 2013). Adultos com esquizofrenia, por exemplo, apresentam maior índice de cárie não tratada tanto em relação a pessoas com outro tipo de deficiência quanto em relação à população em geral (CHU et al, 2012). Estudos sobre os níveis de saúde de pessoas com deficiência intelectual são mais frequentes. Em revisão sistemática, foi comprovado que pessoas com deficiência intelectual apresentam pior higiene bucal e maior prevalência e severidade de doença periodontal, além de uma maior prevalência de cárie não tratada (ANDERS; DAVIS, 2010).

A disparidade das condições socioeconômicas também reflete na saúde bucal das pessoas com deficiência. Pessoas com deficiência apresentaram menor renda, educação e posse de plano de saúde odontológico nos Estados Unidos. Essas condições refletiram no menor uso de serviços odontológicos, demora em procurar atendimento e maior dificuldade em conseguir resolver seu problema de saúde bucal

(HORNER-JOHNSON, DOBBERTIN, BEILSTEIN-WEDEL; 2015).

Na França, em um levantamento nacional com mais de nove mil crianças e adolescentes, foi constatado que crianças com deficiência apresentam pior saúde bucal e maior necessidade de tratamento do que as crianças sem deficiência. Com o passar da idade, estas condições ficam ainda piores. Dentre o grupo com deficiência, os adolescentes têm pior condição de saúde bucal e maior necessidade de tratamento do que as crianças (HENNEQUIN et al, 2008). Essa condição se confirma na Índia, com uma prevalência significativamente mais alta de cárie, má-oclusão e condições periodontais em crianças com deficiência (PUROHIT; ACHARYA; BHAT, 2010). Nos Estados Unidos, a necessidade de tratamento de pessoas com deficiência intelectual também é significativamente maior do que a da população em geral e a carga de doença é maior, mesmo entre aqueles que recebem cuidado em saúde bucal regular. (MORGAN et al, 2012).

No Brasil, os estudos com amostra de conveniência apresentam resultados semelhantes aos de pesquisas internacionais. Em Terezina, Piauí, pessoas com deficiência intelectual apresentam maior prevalência de cárie, maior necessidade de extração e mais dificuldade em realizar os tratamentos necessários (OLIVEIRA et al, 2013). Em Campina Grande, Paraíba, crianças e adolescentes com paralisia cerebral, da Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE), apresentaram altos índices de cárie e doença periodontal. A experiência de cárie dentária foi de 71,3% e a presença de cárie dentária não tratada foi de 59,3%, valores mais altos dos que os encontrados na população em geral (CARDOSO et al, 2015). Ainda que esses estudos sejam importantes para conhecer as condições de saúde bucal deste grupo específico, não permitem a inferência para a população em geral. É esperada a diferença entre indivíduos institucionalizados e independentes, entre regiões do país e entre os tipos de deficiência. Esses dados são conseguidos por meio de estudos bem delineados ou com inquéritos nacionais, com amostragem representativa da população.

O trauma odontológico também é mais frequente entre crianças com deficiência. Além da maior prevalência, os pais relataram mais dificuldade em obter uma consulta e em encontrar clínicas dentárias dispostas a atender essas crianças

(AL-BATAYNEH et al 2017).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

O processo de inclusão das pessoas com deficiência está sendo lento e gradual, e pode-se perceber que por muitos anos elas estiveram desassistidas (BRASIL, 2012c). Para garantir os direitos constitucionais a todos os cidadãos, principalmente àqueles que sofrem com a desigualdade social, as políticas públicas foram criadas. Por meio de políticas públicas - conjunto de políticas, programas e ações -, o Estado propõe-se a enfrentar desafios e aproveitar oportunidades de interesse coletivo. Tais políticas, programas e ações concretizam-se na oferta de bens e serviços que atendam às demandas de caráter universal atuando na redução das desigualdades (CASTRO; OLIVEIRA, 2014).

As políticas públicas têm papel fundamental no combate às inequidades em saúde, ou seja, nas desigualdades injustas, desnecessárias e evitáveis. O objetivo das políticas de equidade não é eliminar todas as diferenças em saúde para que todos recebam o mesmo atendimento, mas sim reduzir ou eliminar as diferenças resultantes de fatores evitáveis e injustos. As pessoas com deficiência, por exemplo, podem estar presas em um *ciclo de injustiça*, pois em função da maior prevalência de doença, conseguem piores empregos e com isso menor renda, que influencia no seu nível de doença; reforçando a vulnerabilidade social e a maior carga de doença (WITHEHEAD, 1992).

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015b), destinado a assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visa à inclusão social e cidadania. Corrobora a saúde como direito fundamental e advoga pela acessibilidade em todos os locais e serviços. Por ser o documento mais atual e completo, foi tomado como referencial para os conceitos de classificação e nomenclatura utilizados nesta tese (BRASIL, 2015b).

A retrospectiva apresentada a seguir demonstra o esforço e a luta que as pessoas com deficiência travaram ao longo de muitos anos, para que o Estado assumira o seu papel e garanta o acesso universal aos serviços de saúde. Este

direito, todavia, nem sempre é respeitado, principalmente para grupos com maior vulnerabilidade, como é o caso das pessoas com deficiência.

No Brasil, a Constituição Federal pautada no princípio da igualdade, consagrou vários direitos à pessoa com deficiência. Proíbe qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador com deficiência (art. 7º, XXXI), reserva de percentual de cargos e empregos públicos para PcD (art. 37, VIII) e garante 01 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência que logre comprovar não possuir, por si próprio ou por seus familiares, meios de prover sua existência (art. 203, V). O cuidado à saúde e assistência pública, a proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência é competência comum de todas as esferas de gestão – municípios, estados e União (BRASIL, 1988).

O poder público, reconhecendo a luta das pessoas com deficiência, lançou mão de Leis, Decretos e Portarias para garantir o direito à saúde firmado na Constituição Federal. A prioridade de atendimento, acessibilidade aos serviços de saúde e a completa inclusão da pessoa com deficiência já é garantida por lei específica desde 1989, pela Lei no. 7.853 que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social e outras providências (BRASIL, 1989).

Lançada em 2002, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência tem como objetivo principal a inclusão das PcDs em toda a rede de serviços do SUS (BRASIL,2017a). É uma das políticas públicas que promove equidade em saúde, na medida em que almeja priorizar e facilitar a atenção à saúde para uma população que historicamente apresenta maiores dificuldades de acesso. Tem como diretrizes:

- Promoção da qualidade de vida através de ambientes acessíveis, especialmente os serviços de saúde;
- Prevenção de deficiências, visto que 70% das deficiências são evitáveis ou atenuáveis através de imunização, pré-natal, exames em recém-nascidos, acompanhamento de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e prevenção de acidentes e de violência;

- Atenção integrada à saúde: todos os serviços trabalhando em rede, da atenção básica à alta complexidade;
- Melhoria dos mecanismos de informação: registros e coleta de dados, melhoria dos sistemas de informação, construção de indicadores e parâmetros específicos, além da divulgação da informação;
- Capacitação de recursos humanos (RH): tanto dos profissionais que estão nos serviços quanto os alunos de graduação, através da inclusão do tema nos currículos de formação, além de estímulo a pesquisa na área;
- Organização e funcionamento dos serviços de forma hierarquizada e em rede, nos três níveis de atenção, atuando de forma articulada com a área de assistência social para facilitar o acesso ao tratamento (BRASIL, 2017a).

O Brasil, em 2009, aderiu à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Organização das Nações Unidas – ONU, garantindo o monitoramento e cumprimento das obrigações do Estado, nos cinquenta artigos que tratam dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais indispensáveis à emancipação desses cidadãos. Com a Convenção da ONU, se não houver acessibilidade significa que há discriminação, condenável do ponto de vista ético e punível na forma da lei. Cada Estado Parte se obriga a promover a inclusão em bases iguais com as demais pessoas, bem como dar acesso a todas as oportunidades existentes para a população em geral. A acessibilidade, o respeito pela dignidade, autonomia e independência das pessoas, a não discriminação e o respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade são alguns dos princípios gerais da Convenção sobre os Direitos das PcD (BRASIL, 2009).

No que tange a saúde, no artigo 25 da Convenção, reitera-se que a PcD tem o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência; que os programas e atenção à saúde gratuitos devem apresentar a mesma qualidade e variedade das demais pessoas; que os serviços devem ser próximos às comunidades, inclusive na área rural; que os profissionais de

saúde sejam qualificados; e que é proibida a discriminação contra PcD em seguro de saúde ou seguro de vida (BRASIL, 2009).

O governo federal instituiu o Plano Nacional dos Direitos da PcD – Viver Sem Limite para que a convenção aconteça na vida das pessoas, por meio da articulação de políticas governamentais de acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade. A saúde bucal está presente nos objetivos do Plano, por meio da qualificação dos Centros de Especialidades Odontológicas e da capacitação de 6.000 equipes de saúde bucal (BRASIL, 2013a).

Em 2012, foi regulamentada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), a qual prevê a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para PcD; a promoção da equidade; a garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar; a atenção humanizada e centrada na necessidade da pessoa e estratégias de educação permanente, incluindo a saúde bucal (BRASIL, 2017b).

2.3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Constituição Federal de 1988 afirma que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, podendo ser complementado pela iniciativa privada (BRASIL, 1988). Passados quase 30 anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema de saúde brasileiro é uma rede complexa de serviços complementares e competitivos, formando um sistema misto público-privado. De acordo com Paim e col.(2011), o sistema de saúde conta com três subsetores: o público (SUS), um sistema nacional de saúde com ações e serviços financiados e prestados pelo Estado; o privado, com ou sem fins lucrativos; e o seguro de saúde privado, com algumas formas de planos de saúde. Os componentes públicos e privados do sistema são diferentes, mas interligados, e os usuários podem utilizar os serviços em todos os setores, de acordo com a facilidade de acesso ou sua capacidade de pagamento (PAIM et al., 2011).

O Sistema Único de Saúde está organizado por meio da Rede de Atenção à Saúde, um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de

complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011a). Neste modelo, a atenção primária tem um papel central na organização do sistema de saúde. O trabalho interdisciplinar e integrado com todos os níveis de complexidade é necessário para a atenção integral à saúde de todos os cidadãos, incluindo as pessoas com deficiência (MENDES, 2010).

A saúde bucal foi considerada uma necessidade em saúde importante para as pessoas com deficiência, negligenciada por muito tempo e por isso ganhou destaque na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), com incentivo financeiro específico (BRASIL, 2012b). Ainda que o recurso financeiro seja para a atenção especializada, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), é necessário pensar na rede de atenção à saúde bucal em todos seus níveis de atenção.

A assistência odontológica pública no Brasil restringiu-se, por muito tempo, apenas aos procedimentos básicos (extrações e procedimentos restauradores simples) — ainda assim, com grande demanda reprimida (FRAZÃO; NARVAI, 2009). Lançada em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) reorientou o modelo de atenção à saúde bucal e oportunizou a expansão da rede de serviços de saúde bucal, tanto na atenção primária (445% em 10 anos) quanto na atenção secundária (de 100 CEOs em 2004 para 1030 em 2015) (PUCCA et al, 2015).

O Brasil Sorridente, nome dado à política de saúde bucal do SUS, conta com articulações transversais em ações tanto do Ministério da Saúde quanto intersetoriais para enfrentar as iniquidades e ampliar o acesso de pessoas em situação de vulnerabilidade, como no Programa Viver sem Limite. Essa articulação busca a integralidade do cuidado, para além das especificidades odontológicas, por meio de ações multidisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais (BRASIL, 2018).

Essas ações transversais oportunizam a inserção da Odontologia na linha de cuidado da Pessoa com Deficiência, com a responsabilidade compartilhada por todos os níveis de atenção. A figura abaixo explicita as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que abarcam a saúde da pessoa com deficiência na Política Nacional de Saúde Bucal.



Figura 1: Política Nacional de Saúde Bucal – Plano Nacional para Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2019).

A construção dessa rede temática se estrutura para enfrentar uma condição de saúde específica, com um ciclo completo de atendimento, diferente dos programas verticais utilizados no passado, como a atenção a escolares, que excluía os que não se enquadravam na população alvo (MOYSES, 2013). Essa rede poliárquica de atenção à saúde se pauta na horizontalidade dos pontos de atenção, com diferentes densidades tecnológicas, mas de igual importância (MENDES, 2011).

A atenção primária tem um papel fundamental como ordenadora da rede. Ela conta com elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, com responsabilidade de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população. Com as pessoas com deficiência não é diferente. É esse nível de atenção que deve ser a principal porta de acesso e dar conta da maior parte do cuidado em saúde bucal, desde a busca ativa, vinculação, educação em saúde até os atendimentos clínicos. Apenas os casos mais complexos, que não podem ser atendidos na unidade básica de saúde (UBS) devem ser referenciados à atenção especializada

(CEO) (BRASIL, 2018).

As equipes de saúde bucal devem ser capacitadas para o atendimento das PcD, em níveis crescentes de complexidade de atendimento. A elaboração de protocolos é indicada, com a definição, em cada nível de atenção, dos cuidados a serem tomados (considerando diagnóstico médico, condições de saúde e tratamento, agravos associados, limitações e capacidades), bem como a definição de critérios de encaminhamento e os fluxos de referência e contrarreferência. A maioria destes usuários com deficiência tem suas necessidades de atendimento solucionáveis no âmbito da atenção primária, nas UBS, desde que os locais estejam adaptados e as equipes capacitadas (BRASIL, 2008).

A atenção especializada é ofertada por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e a alta complexidade no nível hospitalar (BRASIL, 2004a). Os CEO são estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Clínicas Especializadas, que devem realizar, no mínimo: o diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e o atendimento a portadores de necessidades especiais (BRASIL, 2017c).

Em 2012, o Centro de Especialidades Odontológicas passou a fazer parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), com incentivo financeiro adicional, por meio da Portaria Ministerial Nº 1.341 de 29/06/2012. Para receber o incentivo financeiro, os serviços comprometem-se em ofertar, no mínimo, 40 horas de atendimento semanal para atendimento exclusivo a pessoas com deficiência; realizar apoio matricial para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica; utilizar adequadamente o instrumento de registro Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) para todos os procedimentos realizados em pessoas com deficiência; manter a produção mensal mínima exigida; garantir acessibilidade e mobilidade nas instalações do CEO para pessoas com deficiência; e capacitar os profissionais de saúde bucal para o atendimento odontológico de pessoas com deficiência (BRASIL, 2012b).

O Ministério da Saúde, em sua publicação sobre a Saúde Bucal no SUS, orienta a utilização do Protocolo de Referência UBS-CEO para pacientes com necessidades especiais (BRASIL, 2018). Visto a importância deste documento, ele será transcrito na íntegra.

Paciente com Necessidades Especiais:

Alguns casos de deficientes intelectuais severos, doentes mentais e sistêmicos crônicos descompensados necessitam de manejo odontológico diferenciado e adequado para cada necessidade, assim como condições de equipamentos, materiais e suporte básico e/ou avançado de vida. Quando estas condições não existirem na AB, esta estrutura tem de ser prevista e oferecida nos serviços de Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar por profissionais capacitados.

Na AB, deverão ser atendidos todos os pacientes com necessidades especiais de baixa complexidade e que respondam ao manejo comportamental. Não devem ser referenciados para os CEOs pacientes com limitações motoras, deficientes visuais, auditivos e de fala, gestantes de baixo risco, bebês e crianças, diabéticos e cardiopatas compensados, defeitos congênitos ambientais, cujas limitações físicas e metabólicas não sejam impeditivas para atendimento nas UBS.

Dentro das possibilidades de manejo da situação sistêmica e de comportamento, este paciente deve receber adequação bucal e educação em saúde na AB antes do referenciamento. Os usuários ou seus responsáveis devem ser instruídos sobre os motivos e o funcionamento da referência, o local, os horários e as necessidades de documentação que deve ser levada. Preferencialmente, a AB deverá solicitar e já enviar a avaliação médica sobre as condições sistêmicas dos pacientes com alterações complexas, assim como os exames complementares relativos ao caso.

O agendamento será realizado a partir da referência de UBS. Deverão ser preenchidas as documentações necessárias e, na referência, ser bem esclarecida a necessidade especial do paciente. Devem ser descritas as consultas de atendimento e as tentativas de condicionamento já realizadas.

Os CEOs devem contrarreferenciar, à unidade básica que encaminhou o paciente, a descrição de todo o tratamento realizado, o diagnóstico da situação e as sugestões de como realizar a manutenção odontológica e o manejo do paciente.

Critérios de encaminhamento:

· Pacientes com necessidades especiais que, após algumas tentativas de atendimento na AB, não permitiram os procedimentos ou os que apresentam comprometimentos sistêmicos severos que

necessitem de recursos indisponíveis no serviço de AB. Os pacientes que não tenham condições de retornar à UBS também poderão receber consultas de manutenção, mesmo após o tratamento completado no CEO.

· Na impossibilidade de condicionamento e atendimento na AB, esta deve orientar o paciente e seus cuidadores para os cuidados em saúde bucal (BRASIL, 2018).

Desta forma, é possível trabalhar na organização e manutenção da rede de atenção à saúde bucal das pessoas com deficiência, garantindo o acesso e priorizando o atendimento destes usuários na atenção primária e encaminhando apenas os casos mais complexos para o atendimento especializado nos CEO.

2.4 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A demanda por serviços de saúde, entre eles os odontológicos, parece ser menor por parte das pessoas com deficiência, ainda que suas condições de saúde bucal sejam piores. Esse fato pode ser explicado pelas menores condições socioeconômicas, pelo desconhecimento da rede de serviços, pela falta de profissionais que atendam essa população, além das barreiras de acesso e comunicação (NOGUEIRA et al, 2016; LEAL ROCHA et al, 2015; WILLIAMS et al, 2015; FALKS et al, 2012). A baixa cobertura de saúde bucal no Brasil, que não alcança nem a metade da população (VIACAVA; BELLIDO; 2016), também parece contribuir para a menor utilização dos serviços odontológicos, em especial nos grupos com maiores dificuldades de acesso.

Acesso e acessibilidade por vezes são utilizados de forma ambígua, mas têm significados complementares. Starfield (2002) afirma que a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis, é forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde (STARFIELD, 2002).

O acesso aos serviços de saúde está relacionado com a utilização oportuna de serviços de acordo com a necessidade, sendo um dos componentes principais para a obtenção da qualidade de cuidado (CAMPBELL et al, 2000). A utilização

representa o centro do funcionamento dos serviços de saúde, compreendendo os contatos diretos e indiretos com os serviços de saúde. Acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta, tanto da entrada quanto dos resultados dos cuidados recebidos. O uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele, pois o uso efetivo dos serviços depende de múltiplos fatores - individuais, contextuais e relativos à qualidade do cuidado – que influenciam o uso e a efetividade do cuidado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Andersen e Davidson (2014) definem acesso como o uso real de serviços de saúde e tudo o que facilita ou impede seu uso, obtendo o serviço adequado no momento certo para promover melhores resultados de saúde. Torna-se importante conceituar e medir o acesso para entender e viabilizar as políticas públicas de saúde, como: (1) prever o uso de serviços de saúde; (2) promover a justiça social; e (3) melhorar a eficácia e a eficiência da prestação de serviços de saúde (ANDERSEN; DAVIDSON, 2014).

Muitos modelos teóricos foram criados para melhor entender e explicar a utilização dos serviços de saúde e seus fatores determinantes. Andersen e colaboradores vêm aperfeiçoando seu modelo teórico comportamental de uso de serviços de saúde, criado na década de 1960. Inicialmente, o modelo foi desenvolvido para explicar o uso formal dos serviços de saúde. Posteriormente, o interesse foi ampliado para as interações que ocorrem e como as pessoas recebem cuidados, além dos resultados de saúde (ANDERSEN, 1995). Na última versão do modelo (quinta fase), as características contextuais, características individuais, comportamentos em saúde e desfechos em saúde (ANDERSEN; DAVIDSON, 2014).

Um modelo específico sobre utilização de serviços de saúde bucal foi desenvolvido pelos mesmos autores (figura 2). Nele, as variáveis são divididas em características exógenas, determinantes primários de saúde bucal, comportamentos em saúde bucal e desfechos de saúde bucal (ANDERSEN; DAVIDSON, 1997).

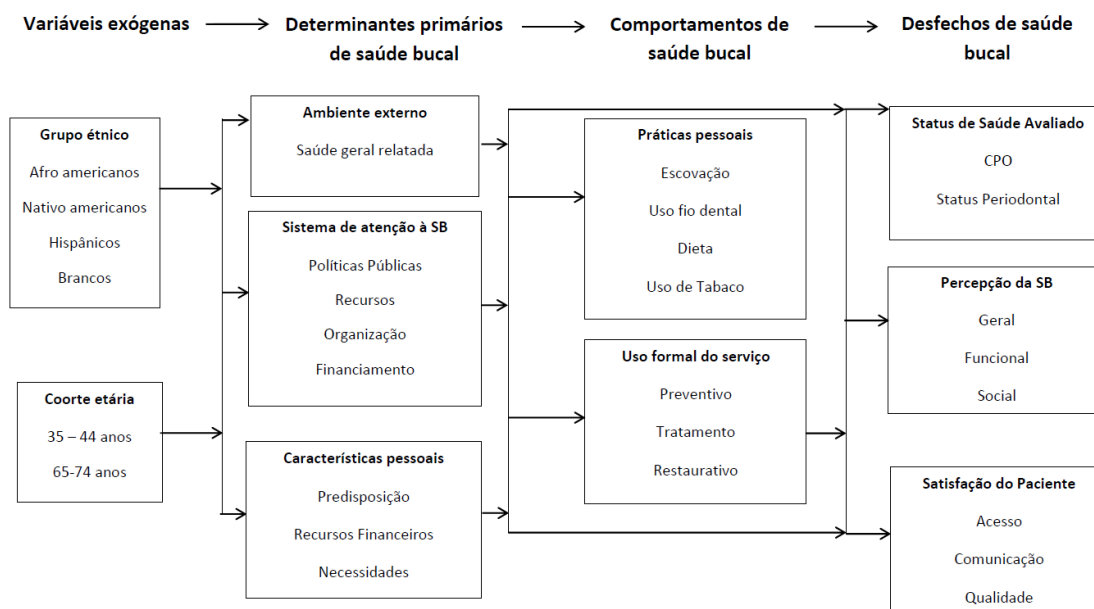


Figura 2: Quadro conceitual: Grupo étnico, idade e resultados de saúde bucal (ANDERSEN; DAVIDSON, 1997).

As variáveis exógenas são coorte etária e grupo étnico. Os determinantes primários de saúde bucal são divididos em: ambiente externo (avaliação de saúde geral), sistema de atenção à saúde (políticas públicas, recursos, organização e financiamento) e características pessoais (fatores de predisposição, disponibilidade de recursos e necessidade de tratamento). Os fatores de predisposição referem-se às características sociodemográficas, às crenças, atitudes, valores e conhecimentos sobre saúde bucal. São prévios ao surgimento dos problemas de saúde e afetam a predisposição das pessoas para usar os serviços de saúde. Os fatores de disponibilidade de recursos dizem respeito aos atributos específicos dos indivíduos como renda, plano de saúde, fonte usual de serviços odontológicos ou a atributos da comunidade, como a disponibilidade do serviço de saúde odontológico, os programas comunitários de saúde e os preços do tratamento daquele contexto. Eles são os meios disponíveis para as pessoas obterem o atendimento. Os fatores de necessidade de tratamento são classificados em percebidos pelo paciente ou avaliados por profissionais e podem ser influenciados por crenças, valores, efeitos

de coorte, assim como pelos fatores de predisposição e de disponibilidade de recursos (ANDERSEN; DAVIDSON, 1997).

Os comportamentos de saúde bucal são práticas pessoais como escovação dentária, uso de fio dental, dieta, fumo e uso formal de serviços odontológicos preventivos, curativos e reabilitadores. Por fim, os desfechos de saúde são: a condição de saúde bucal avaliada por profissionais (índice de dentes cariados perdidos e obturados – CPOD, condição periodontal), a condição de saúde bucal percebida (geral, funcional e social) e a satisfação do usuário quanto ao acesso, comunicação e qualidade dos serviços odontológicos (ANDERSEN; DAVIDSON, 1997).

Este modelo (figura 2) foi utilizado nas análises do artigo sobre uso de serviços de saúde bucal por pessoas com e sem deficiência. A escolha deu-se em função das variáveis disponíveis para análise.

Acesso é um fenômeno complexo e multidimensional, sendo necessário o entendimento da diferença entre as dimensões para que as ações sejam resolutivas. O acesso potencial é o que há disponível, medido pelas variáveis de capacitação contextual e individual (financiamento, renda, fonte de serviços); aumentando os recursos, aumenta o acesso potencial. O acesso realizado é o uso real do serviço, sendo usado para monitorar as políticas públicas que pretendem influenciar o uso de serviços de saúde. Quando os determinantes da utilização dos serviços estão mais ligados às características demográficas da população e às necessidades em saúde, tem-se equidade de acesso. Quando as características sociais e os recursos financeiros - raça e renda, por exemplo - determinam quem recebe o cuidado em saúde, pressupõe-se a iniquidade de acesso. A efetividade no acesso busca melhorar os resultados (status de saúde, satisfação) com o uso dos serviços de saúde, ao passo que o acesso eficiente pretende minimizar os custos da melhora dos resultados com o uso dos serviços (ANDERSEN; DAVIDSON, 2014).

Existem outras classificações sobre acesso e suas dimensões. Peters e colaboradores (2008) apontam outras dimensões do acesso em países em desenvolvimento. A acessibilidade geográfica é a distância ou o tempo de viagem

física a partir do ponto de prestação de serviços para o usuário (PETERS et al, 2008). As pessoas com deficiência encontram muita dificuldade com o deslocamento até a Unidade Básica de Saúde, necessitando de acompanhantes para conseguirem chegar ao serviço (CASTRO et al, 2011). A disponibilidade é o tipo certo de cuidados disponíveis para aqueles que dela necessitam. A acessibilidade financeira diz respeito à relação entre o preço dos serviços e a possibilidade de pagar pelos mesmos. Por fim, a aceitabilidade é o quanto o serviço e os profissionais respondem às expectativas dos usuários e das comunidades (PETERS et al, 2008).

Acessibilidade é um dos princípios gerais para a garantia dos Direitos Humanos da Pessoa com Deficiência. É um atributo do ambiente que garante que todos convivam de forma independente, com segurança e autonomia, nos espaços, mobiliários e equipamentos abertos ao público ou de uso público. Para que pessoas com deficiência utilizem, em igualdade de oportunidades, o meio físico, o transporte e a informação, são necessárias medidas apropriadas para efetivar a acessibilidade (BRASIL, 2015b).

2.4.1 PERFIL DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

O acesso a serviços de saúde no Brasil vem aumentando, tanto para os usuários exclusivos do SUS quanto para os usuários de plano de saúde ou serviço particular (LIMA-COSTA et al, 2011). Em 2013, no último levantamento nacional realizado (IBGE, 2015a), 71,3% da população havia consultado com médico no último ano. Infelizmente, o acesso aos serviços odontológicos ainda está aquém, pois apenas 44,4% da população brasileira referiram ter consultado o dentista no mesmo período. As diferenças regionais também são marcantes. Na região Sul 51,9% da população acessou o serviço de saúde bucal (público ou privado), ao passo que, na região Norte apenas 37,5% consultou com o dentista no último ano (VIACAVA, BELLIDO; 2016).

A participação do SUS nos atendimentos odontológicos é muito mais baixa do que na atenção médica e as desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos persistem. A maioria (68%) dos atendimentos do grupo mais pobre foi financiada pelo SUS, enquanto 63% deles foram pagos pelos mais ricos (BARROS; BERTOLDI, 2002). Importante salientar a alta frequência de utilização de serviços

privados na Odontologia. O atendimento odontológico no Brasil para indivíduos de 18 anos ou mais, em 2013, ocorreu majoritariamente em consultório particular ou clínica privada, totalizando 74,3% dos atendimentos. As unidades básicas de saúde foram responsáveis por apenas 19,6% dos atendimentos (IBGE, 2015a).

O uso de serviços de saúde está relacionado com as necessidades e com o comportamento dos indivíduos diante de problemas de saúde, com as formas de financiamento, os serviços e recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e os mecanismos de pagamento. A utilização dos serviços de saúde não é feita de maneira igualitária nem tão pouco equitativa. As desigualdades no uso de serviços de saúde - na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido - refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença e as características da oferta de serviços disponibilizados (TRAVASSOS et al, 2000).

A desigualdade no acesso ou na utilização de serviços de saúde bucal está presente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Tanto fatores socioeconômicos e demográficos quanto questões relacionadas à saúde e organização familiar influenciam o uso de serviços (REDA et al, 2018a; REDA et al, 2018b). Maior renda e escolaridade estiveram associadas tanto à utilização e acesso a consultas médicas quanto às consultas odontológicas realizadas por idosos, nos países em desenvolvimento e em alguns países desenvolvidos (ALMEIDA et al, 2017). Pessoas com maior nível educacional contam com mais recursos (cognitivo, comunicativo e relacional), que permitem a realização de escolhas mais efetivas para sua saúde, como o uso oportuno dos serviços de saúde. (TERRANEO, 2015).

Os fatores demográficos e econômicos também influenciam o uso e o tipo de serviço utilizado. Negros e pobres têm mais chance de utilizar o serviço odontológico público que os brancos e ricos. Entre os usuários do SUS, a baixa escolaridade também é característica da maioria da população atendida (PINTO; ABREU; VARGAS, 2014; SILVA et al., 2011). Considerando que as pessoas com deficiência tem menor renda, menos emprego, menor nível educacional e menor adesão a planos de saúde odontológicos (HORNER-JOHNSON; DOBBERTIN; BEILSTEIN-

WEDEL, 2015), espera-se que essa população procure o serviço público como sua principal fonte de cuidado. No entanto, não foram encontrados artigos que suportem essa afirmativa com a população brasileira com deficiência.

Quanto ao sexo, mulheres apresentam maior morbidade e maior restrição de atividades por motivo de saúde. Elas também referem com mais frequência (73,6%) do que os homens (68,7%) ter um serviço de saúde que utilizam regularmente, principalmente entre as crianças e idosos. As mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção (40,3% mulheres e 28,4% homens), enquanto os homens procuram serviços de saúde predominantemente por motivo de doença (36,3% homens e 33,4% mulheres) (PINHEIRO et al, 2002).

Visto que a maioria das deficiências é adquirida ao longo da vida (MALTA et al, 2016), a associação entre a população com deficiência e idosos é bem aceita, pois idosos têm mais chance de apresentar algum tipo de deficiência. Nesta população, o uso de serviços foi maior nos que apresentaram pior autopercepção de saúde, presença de doenças, seguro de saúde privado e sexo feminino (LOUVISON et al, 2008).

As barreiras de acesso aos serviços odontológicos são acentuadas e podem estar relacionadas tanto a disponibilidade de recursos, opinião sobre a qualidade do atendimento, ou mesmo à percepção da população sobre a necessidade de saúde bucal (PINHEIRO et al, 2002). Além das características do usuário, a forma como o serviço está organizado e estruturado também influencia no acesso das pessoas com deficiência.

2.4.2 BARREIRAS DE ACESSO

Barreiras são fatores ambientais que, através da sua ausência ou presença, limitam a funcionalidade e contribuem com a incapacidade. Estes fatores incluem aspectos como um ambiente físico inacessível, falta de tecnologia de assistência apropriada, atitudes negativas das pessoas em relação à incapacidade, bem como serviços, sistemas e políticas inexistentes ou que dificultam o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida (OMS, 2004).

O ambiente tem um grande impacto sobre a experiência e a extensão das deficiências. Ambientes inacessíveis reforçam a deficiência ao criarem barreiras à participação e inclusão. Pessoas com a mesma deficiência podem enfrentar tipos e graus de restrição muito diferentes, dependendo do contexto (OMS, 2012).

Frequentemente, não há uma única barreira que comprometa o acesso ao serviço, mas sim uma interação entre diversos fatores, como transporte, acessibilidade dos serviços (estrutura física disponível), organização do agendamento de consultas e falta de conhecimento dos profissionais (SCHEER et al, 2003). As principais barreiras de acesso apontadas por pessoas com deficiência estão relacionadas com a estrutura física das unidades de saúde, acessibilidade geográfica e barreiras de comunicação (LEAL ROCHA et al, 2015; CASTRO et al, 2011). Barreiras arquitetônicas, como presença de degraus, a falta de corrimãos, rampas e salas de espera inadequadas dificultam o acesso aos serviços de saúde (MARTINS et al; 2016; SIQUEIRA et al, 2009).

Barreiras físicas são facilmente identificadas, mas não são as únicas a dificultarem o acesso aos serviços de saúde. As barreiras de comunicação - qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação- e as barreiras atitudinais - atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas - também contribuem negativamente para a acessibilidade (BRASIL, 2015b).

As pessoas com deficiência auditiva relatam as barreiras de comunicação como principal entrave à acessibilidade em saúde, tanto com o profissional de saúde quanto em relação às informações disponíveis no serviço. Problemas de comunicação durante o exame clínico e anamnese; dificuldade de entendimento sobre a prescrição, interferindo na segurança medicamentosa; falta de entendimento sobre qual a melhor forma de comunicação não verbal para o paciente surdo; além de dificuldades na sala de espera e para agendamento das consultas são as principais queixas levantadas por tal população (IEZZONI et al, 2004).

A dificuldade em encontrar profissionais capacitados para o atendimento das pessoas com deficiência mostra-se como uma importante barreira para a manutenção da saúde bucal (WILLIAMS, SPANGLER, YUSAF, 2015; STEINBERG, 2005). A falta de treinamento, dificuldade de comunicação aliada com a insegurança para a realização dos procedimentos são alguns dos motivos pelos quais os profissionais relatam dificuldade para realizar atendimento odontológico. Essas limitações da equipe, aliadas com problemas da estrutura física das unidades de saúde reduzem o acesso das pessoas com deficiência aos serviços odontológicos, corroborando para a piora dos níveis de saúde desta população (LEAL ROCHA et al, 2015).

Existem muitas barreiras que dificultam ou impedem o atendimento em saúde para as pessoas com deficiência. É preciso conhecer as potencialidades e fraquezas dos serviços para que as melhorias sejam realizadas e o acesso seja universal, equitativo e igualitário.

2.5 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

A avaliação em saúde tem como propósito dar suporte aos processos decisórios dos Sistemas de Saúde. Neste sentido, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2008).

Para garantir que o serviço alcance um aproveitamento integral de suas potencialidades são necessárias ações que estabeleçam, protejam, promovam e aumentem a qualidade dos serviços. A avaliação em saúde será um julgamento sobre uma intervenção, voltada para a resolução de problemas em saúde, visando o aperfeiçoamento ou modificação dos resultados. A avaliação servirá também para legitimar a escolha da tomada de decisão, dentro do processo de gestão, direcionando as intervenções prioritárias (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

A avaliação da dimensão “humana” do serviço mede a aceitabilidade social, psicológica e ética sobre o modo como as pessoas são tratadas nos serviços de saúde. Essa dimensão envolve as relações entre pacientes e profissionais, além da

dignidade e autonomia daqueles, através de um comprometimento em maximizar os benefícios e reduzir os possíveis danos (SMITH et al, 2005). Essa dimensão é especialmente importante para a pessoa com deficiência, visto que a autonomia e o respeito às suas necessidades e potencialidades fazem parte de uma busca constante e diária na luta pela igualdade com equidade.

Os gestores devem usar as dificuldades encontradas como ponto de partida para planejar, estruturar e melhorar os serviços, com atenção mais adequada aos grupos populacionais que mais apresentam problemas (CASTRO et al, 2011). Contudo, realizar avaliação em saúde não significa procurar só os problemas ou exaltar apenas o que está adequado. É necessário escolher as ações prioritárias que vão gerar resultados mais efetivos e com maior custo-benefício.

2.5.1 PESQUISAS E PROGRAMAS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Pesquisas de âmbito nacional são necessárias para conhecer tanto as condições de saúde da população quanto sua utilização dos serviços. Os inquéritos permitem obter um grande número de indicadores para avaliação do desempenho do sistema de saúde, como o acesso, a utilização e o grau de satisfação do usuário com os serviços de saúde, em conjunto com as características sociodemográficas, possibilitando investigar as relações entre as diversas variáveis (SZWARCOWALD; SOUZA-JÚNIOR; DAMACENA, 2010). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em parceria com o Ministério da Saúde, desenvolveu a maior pesquisa de condições de saúde já realizada no Brasil.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE

Em 2013, foi realizada a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), cujo principal objetivo era caracterizar a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira, além da atenção à saúde, quanto ao acesso e utilização dos serviços de saúde, às ações preventivas, à continuidade dos cuidados, e ao financiamento da assistência de saúde. Foram inseridos temas de projetos prioritários de Governo como a saúde da mulher e da criança, a saúde do idoso, acidentes e violências e a saúde da pessoa com deficiência, foco principal desta tese (SZWARCOWALD et al, 2014).

Os dados foram coletados em 2013 por agentes de coleta das informações, supervisores e coordenadores do IBGE, que passaram por treinamento em parceria com o Ministério da Saúde (MS). Os agentes de campo foram treinados para fazer as entrevistas em PDA (Personal Digital Assistance) e para realizar as medidas antropométricas e de pressão arterial. O questionário utilizado era subdividido em três partes: o domiciliar, o de todos os moradores do domicílio e o individual (IBGE, 2014).

A PNS, mesmo sendo uma pesquisa independente da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD), se beneficiou do processo de amostragem da PNAD contínua, com maior espalhamento geográfico e ganho de precisão das estimativas. A amostra da PNS permitiu calcular indicadores em níveis de desagregação geográfica que o desenho da PNAD anterior não permitia (UF, capital, restante da região metropolitana e restante da UF). A PNS foi desenhada para a estimação de indicadores de saúde com a precisão desejada e para assegurar a continuidade no monitoramento dos indicadores do Suplemento Saúde da PNAD, mantendo a série histórica de 1998, 2003 e 2008 (SZWARCOWALD et al, 2014).

A pesquisa foi domiciliar e o plano amostral empregado foi amostragem conglomerada em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem. Os setores censitários ou conjunto de setores formam as unidades primárias de amostragem (UPAs), os domicílios são as unidades de segundo estágio e os moradores com 18 anos ou mais de idade definem as unidades de terceiro estágio. No 1º estágio fez-se a seleção da subamostra de UPA (unidades primárias de amostragem) em cada estrato da Amostra Mestra com probabilidade proporcional ao tamanho (dado pelo número de Domicílios Particulares Permanentes – DPP - em cada unidade); no 2º, a seleção por amostragem aleatória simples de domicílios em cada UPA selecionada no primeiro estágio; e no 3º - seleção por amostragem aleatória simples do adulto (pessoa com 18 ou mais anos de idade) entre todos os moradores adultos do domicílio (IBGE, 2014).

Para calcular o tamanho de amostra da PNS, foram considerados os seguintes aspectos: estimação de proporções com nível de precisão desejado em intervalos de 95% de confiança; efeito do plano de amostragem (EPA), por se tratar

de amostragem por conglomeração em múltiplos estágios; número de domicílios selecionados por UPA; proporção de domicílios com pessoas na faixa etária de interesse (IBGE, 2014).

De acordo com o cálculo amostral, o tamanho total da amostra foi definido em 79.875 domicílios com entrevista realizada, considerando um percentual de não resposta de 20%. Foram consideradas perdas: domicílio fechado ou vazio; recusa dos moradores em atender o entrevistador; não conseguir entrevistar o informante, após 3 ou mais tentativas, mesmo com agendamento das visitas (IBGE, 2014). O tamanho real da amostra foi de 81.767 domicílios e percentual de não resposta de 22% resultando em 62.986 domicílios com entrevista realizada (IBGE, 2015a).

Em função do desenho complexo de amostragem e as probabilidades desiguais de seleção foi necessário definir os fatores de expansão ou pesos amostrais dos domicílios, de todos os moradores, e do morador selecionado para responder a terceira parte do questionário. O peso final foi um produto do inverso das probabilidades de seleção em cada estágio do plano amostral, incluídos os processos de correção de não respostas e as calibrações para ajustes dos totais populacionais conhecidos. Como a seleção do morador que respondeu à entrevista individual foi feita por amostragem aleatória simples, o peso do morador selecionado foi calculado pelo produto do peso do domicílio pelo número de moradores elegíveis no domicílio (equivalente ao inverso da probabilidade de seleção) (SOUZA-JUNIOR et al, 2015).

Houve necessidade de correção de não respostas devido à perda de entrevista após a seleção do morador. O ajuste foi feito inicialmente dentro da UPA, considerando-se os domicílios com entrevista do morador realizada e depois por sexo, visto que a perda maior foi entre os homens. Para que as estimativas do morador selecionado fossem iguais às de todos os moradores, optou-se por calibrar o peso do morador selecionado de maneira que os totais populacionais por sexo e classes de idade correspondessem aos totais obtidos com o peso do domicílio. As quatro classes de idade utilizadas foram: 18 a 24; 25 a 39; 40 a 59; e 60 anos e mais (SOUZA-JUNIOR et al, 2015).

A população pesquisada compreendeu moradores de domicílios particulares de todo o Território Nacional, dividido nos setores censitários da Base Operacional Geográfica de 2010, exceto os localizados nos setores censitários especiais (quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos e hospitais) (IBGE, 2015a). Como critério de elegibilidade, para responder ao módulo domiciliar e de todos os moradores do domicílio era necessário ser residente do domicílio e saber informar sobre a situação socioeconômica e de saúde de todos os moradores. Para ser selecionado para o questionário individual, era obrigatório ser morador e ter 18 anos e mais de idade. Este morador foi selecionado aleatoriamente entre todos os residentes adultos do domicílio (SZWARCOWALD et al, 2014). O adulto selecionado entre os moradores do domicílio deveria responder, individualmente, à parte do morador selecionado. Apenas no caso do indivíduo selecionado não ter condições de responder por motivo de saúde, física ou mental, outra pessoa poderia responder pelo indivíduo sorteado (IBGE, 2013).

A classificação de deficiência utilizada na PNS seguiu os padrões da OMS, garantidos na legislação brasileira pelo Decreto nº 5296/04.

Deficiência Intelectual/Cognitiva é o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, comunicação, desenvolvimento da linguagem oral e escrita e sociabilidade (BRASIL, 2004b).

A deficiência intelectual foi avaliada com as seguintes questões: G1 - ____ tem deficiência intelectual? (Sim ou Não); G3 - A deficiência intelectual está associada a alguma dessas síndromes ou transtornos de desenvolvimento? (síndrome de Down; autismo; paralisia cerebral; outra síndrome).

Deficiência física é a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano (BRASIL, 2004b). Foram realizadas as seguintes perguntas sobre o tema: G6 - ____ tem alguma deficiência física? (Sim ou Não); G8 - Qual deficiência física? (paralisia permanente de um dos lados do corpo; paralisia permanente das

pernas e dos braços; paralisia permanente das pernas; paralisia permanente de uma das pernas; amputação ou ausência de perna; amputação ou ausência de braço; amputação ou ausência de mão; amputação ou ausência de pé; deformidade congênita ou adquirida em um ou mais membros; deficiência motora em decorrência de poliomielite ou paralisia infantil; ostomia (adaptação de bolsa de fezes e/ou urina); nanismo; outra).

Deficiência Auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais. A perda auditiva pode ser leve, moderada, severa ou profunda (BRASIL, 2004b). Quanto maior o grau da perda auditiva, maiores serão os prejuízos no desenvolvimento da linguagem oral e também das dificuldades de aprendizagem de crianças em idade escolar, uma vez que, o principal sinal de deficiência auditiva são alterações de linguagem (IBGE, 2013).

Para caracterizar a deficiência auditiva, a PNS incluiu as questões: a) G14 Tem alguma deficiência auditiva? (1. Sim; 2. Não); G16. Qual deficiência auditiva? (1. Surdez dos dois ouvidos; 2. Surdez de um ouvido e audição reduzida do outro; 3. Surdez de um ouvido e audição normal do outro; 4. Audição reduzida de ambos os ouvidos; 5. Audição reduzida em um dos ouvidos). Era considerada deficiência auditiva permanente quando o morador relatasse perda total ou parcial das possibilidades de ouvir (IBGE, 2013).

Deficiência Visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores não passíveis de melhora na visão com terapêutica clínica ou cirúrgica (BRASIL, 2004b).

Foi considerado qualquer tipo de deficiência visual quem referiu sim a seguinte questão: G21 ... Tem alguma deficiência visual? (1. Sim; 2. Não); G23. Qual deficiência visual? (1. Cegueira em ambos os olhos; 2. Cegueira em um olho e visão reduzida do outro; 3. Cegueira em um olho e visão normal do outro; 4. Baixa visão em ambos os olhos; 5. Baixa visão em um dos olhos). Era considerada deficiência visual permanente quando o morador relatava perda parcial ou total das possibilidades de ver. (IBGE, 2013).

Também foi questionado se a deficiência era adquirida ou se nasceu com ela e o grau de limitação das atividades habituais em função da deficiência. As opções de resposta eram:

1. Não limita: Consegue realizar suas atividades sem esforço.
2. Um pouco - Normalmente, por problema de saúde, só consegue realizar algumas das atividades à custa de algum esforço. Inclua neste código a pessoa que consegue realizar estas atividades, mas em pelo menos uma delas, tem pequena dificuldade de realizar.
3. Moderadamente - Para a pessoa que normalmente, por problema de saúde, só consegue realizar algumas das atividades à custa de um esforço mediano.
4. Intensamente - Para a pessoa que normalmente, por problema de saúde, só consegue realizar algumas das atividades citadas à custa de muito esforço.
5. Muito intensamente/Não consegue - Para a pessoa que normalmente, por problema de saúde, não consegue ou tem muita dificuldade realizar suas atividades habituais (IBGE, 2013).

Nesta tese, um artigo foi elaborado sobre uso de serviços odontológicos com os dados secundários da PNS, comparando os grupos de usuários com e sem deficiência.

PROGRAMAS NACIONAIS DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE

O Brasil tem investido em Programas para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, propondo um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. Os programas elevam o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento (BRASIL, 2015a).

A seguir, serão apresentadas as duas modalidades do PMAQ, o PMAQ-AB e o PMAQ-CEO, cujos dados foram utilizados para a elaboração de dois artigos desta tese.

PMAQ-AB

Em 2011, o Brasil implementou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e

da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo principal objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2015a).

São diretrizes do PMAQ-AB:

I - construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;

II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;

IV - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;

V - desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

O PMAQ-AB é composto por 3 (três) Fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo. A Fase 1 é denominada Adesão e Contratualização, a Fase 2 é a de Certificação e a Fase 3 de Recontratualização (BRASIL, 2015a).

A avaliação externa, realizada na fase de Certificação, foi conduzida de forma multicêntrica e integrada, por diversas Instituições de Ensino e Pesquisa, com o acompanhamento direto do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), produzindo os dados utilizados nesta tese. O Ciclo I do PMAQ-AB ocorreu entre os anos de 2011 a 2013 em todo o território brasileiro.

O instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB do primeiro ciclo foi organizado em três Módulos: I-Unidades Básicas de Saúde; II-Equipes de Atenção Básica; e III-Usuários dos serviços de atenção básica. Nesta etapa, 38.811 unidades básicas de saúde de 5.543 municípios brasileiros foram avaliadas em relação à estrutura física (módulo I). Os demais módulos foram realizados apenas nas equipes que aderiam voluntariamente ao PMAQ-AB, através de pactuação entre equipes e gestores municipais. Nesta tese, foram utilizadas apenas as informações referentes à estrutura física das unidades básicas de saúde (módulo I).

Os dados foram coletados entre maio e dezembro de 2012, com instrumento padronizado e testado previamente, utilizando computadores portáteis do tipo *tablet*. O instrumento de coleta de dados foi respondido pelo coordenador da equipe e conferido pelo avaliador externo. Os avaliadores externos, que coletaram os dados, passaram por treinamento com duração de uma semana, baseando-se no manual de campo elaborado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a).

O segundo ciclo do PMAQ-AB foi realizado entre 2013 e 2014 e o terceiro ciclo iniciou em 2015, com as avaliações externas realizadas em 2018.

PMAQ-CEO

Em 2013, o Ministério da Saúde implementou o PMAQ-CEO, para induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (BRASIL, 2017d).

Os objetivos do PMAQ-CEO, elencados na antiga Portaria no. 261/2013, são:

I - induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);

II - construir parâmetros de qualidade dos CEO que sejam passíveis de comparação nacional, regional e local, considerando as diferentes realidades de saúde;

III - fortalecer o processo de referência e contrarreferência de saúde bucal;

IV - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo

de trabalho e os resultados alcançados pelos CEO;

V - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade, por meio do portal do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde;

VI - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e Municipais, as equipes dos CEO e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção especializada em saúde bucal;

VII - desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VIII - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários;
e

IX - caráter voluntário para a adesão tanto pelos profissionais do CEO quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2013b).

O PMAQ-CEO ciclo I era composto por 4 (quatro) fases distintas que se sucedem e compõem um ciclo. A Fase 1 foi denominada Adesão e Contratualização, na qual todos os CEO habilitados, independente do Tipo, I, II ou III, poderão aderir ao Programa. A Fase 2 foi a de Desenvolvimento, a Fase 3 a de Avaliação Externa/Certificação e a Fase 4 de Recontratualização (BRASIL, 2013b).

O instrumento de avaliação externa do PMAQ-CEO do primeiro ciclo foi organizado em três Módulos: I- Observação no CEO; II- Entrevista com Gerente do CEO, com cirurgião-dentista do CEO e verificação de documentos; e III- Entrevista na unidade de saúde com usuário. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2014, com instrumento padronizado e testado previamente, utilizando computadores portáteis do tipo *tablet*. Os avaliadores externos, que coletaram os dados *in loco*, passaram por treinamento. Esta etapa foi conduzida pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal/Departamento de Atenção Básica em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP) (BRASIL, 2013c).

Os dois Programas, PMAQ-AB e PMAQ-CEO, contaram com um módulo de Entrevista com o Usuário, importante para conhecer a visão dos usuários sobre os serviços.

Diante da importância do tema e das lacunas de conhecimento apontadas nesta revisão da literatura, percebe-se a necessidade de estudos bem delineados, com amostras nacionais, para a generalização dos resultados encontrados e melhor entendimento sobre o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde bucal no Brasil.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

- Avaliar o acesso da pessoa com deficiência aos serviços de saúde bucal no Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Refletir sobre os aspectos fundamentais do atendimento odontológico à pessoa com deficiência;
- Analisar a prevalência e os fatores associados à presença de facilitadores de comunicação das unidades básicas de saúde no Brasil;
- Analisar os serviços especializados de atenção à saúde bucal para pessoas com deficiência, atendidos pela especialidade de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE);
- Avaliar fatores associados à utilização de serviços odontológicos por pessoas com e sem deficiência no Brasil e verificar se há diferença entre os grupos.

4. ARTIGOS

4.1 ARTIGO 1: Atendimento odontológico a pessoa com deficiência: um desafio para a profissão

ROSING, CK; MACAREVICH, A; HILGERT JB. Atendimento odontológico a pessoa com deficiência: um desafio para a profissão. Clinica - International Journal of Brazilian Dentistry, v. 14, p. 80-82, 2018.

Novas Tendências

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA: UM DESAFIO PARA A PROFISSÃO

Dental care to persons with disabilities: A challenge for the profession



Cassiano Kuchenbecker Rösing

Professor Titular de Periodontia da UFRGS

*Rua Dr. Valle, 433/701, 90560-010, Porto Alegre, RS, Brasil
ckrosing@hotmail.com*



Aline Macarevich

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFRGS



Juliana Balbinot Hilgert

Professora Adjunta de Odontologia de Saúde Coletiva da UFRGS

RESUMO

O cuidado em saúde para a pessoa com deficiência sempre foi motivo de grande discussão. Isso porque, no decorrer da história, uma gama de preconceitos esteve vinculada a diferentes tipos de deficiência. Muitos adjetivos pejorativos foram utilizados para definir essas pessoas, e o cuidado destinado a elas também tinha uma abordagem direcionada a excluídos. Contemporaneamente, políticas de inclusão têm sido fortemente incentivadas, e isso não é diferente na odontologia. Nesse sentido, há alguns anos o Conselho Federal de Odontologia criou a especialidade Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. Essa ação veio em resposta à crescente necessidade de atenção a problemas com maiores graus de complexidade que supostamente o generalista teria dificuldades em realizar. Essa especialidade tem um espectro bem mais amplo do que o objetivo deste artigo. Aborda praticamente todas as diferentes doenças/condições sistêmicas que requeiram cuidados diferenciados. O objetivo deste artigo é fazer uma reflexão sobre alguns aspectos fundamentais do atendimento à pessoa com deficiência, incluindo a ocorrência de doenças e questões vinculadas ao acesso à atenção em saúde, motivando a profissão a aceitar o permanente desafio de capacitar-se para esse atendimento.

ABSTRACT

Healthcare for people with disabilities has always been subject of great discussion. This is related to the fact that, throughout history, a range of preconceptions has always been linked to different types of disability. Many prejudicial adjectives were used to define these people and the care given to them also treated them as excluded ones. Contemporarily, inclusion policies have been strongly supported and this is not different in Dentistry. In this sense, some years ago the Federal Dental Council created the specialty "Dentistry for special need patients". This action came in response to the increasing need for attention to higher complexity problems that supposedly the general dentist would have difficulties in handling. The specialty has a broader spectrum than the aim of this article. It handles practically all different diseases/conditions that require differentiated approaches. The aim of this article is to make a deep thought about some fundamental aspects to approach people with disabilities, including the occurrence of diseases and aspects linked to healthcare access, motivating the profession to face the permanent challenge of getting educated for this approach.

O atendimento à pessoa com deficiência é um desafio a todos os profissionais de saúde, pelas peculiaridades que estão a ele associadas. Trata-se de abordagem que requer muitas vezes atenção diferenciada. Engana-se quem ignora o número de pessoas com deficiência no mundo. Estima-se que mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo conviva com alguma forma de deficiência e que 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis.¹ No Brasil, de acordo com o último censo do IBGE, de 2010, 23,92% da população declararam possuir algum tipo de deficiência, sendo 8,3% dos casos classificados como deficiência severa, com grau intenso ou muito intenso de limitações.² Há ainda preocupação com o aumento da incidência de pessoas com deficiência em função do envelhecimento populacional e do aumento global de doenças crônicas.¹

A disparidade em saúde faz com que as pessoas com deficiência apresentem piores condições de saúde. Pessoas com deficiência têm risco maior de desenvolver doenças secundárias a sua deficiência, apresentam mais necessidades de tratamento e recebem menos serviços preventivos.³ Além das questões fisiológicas/patológicas, as pessoas com deficiência enfrentam barreiras no acesso a serviços básicos, como os serviços de saúde, educação e transporte.¹ Essas barreiras não comprometem o acesso exclusivamente das pessoas com deficiência, porém elas tendem a ser mais graves com essa parcela da população.⁴

As expressões ou nomenclaturas causam inúmeros debates nessa área do conhecimento, visto que a linguagem utilizada no passado – nem tão distante – era carregada de violência e de eufemismos discriminatórios, como “aleijado”, “retardado”, “pessoa portadora de deficiência” ou “pessoa especial”.⁵ Essa discussão é importante, não pela estética do vocabulário, mas pela reafirmação do espaço e do direito desses indivíduos na sociedade. Ainda que não haja um consenso sobre o tema, neste trabalho optou-se por adotar a nomenclatura utilizada pelo Ministério da Saúde nas políticas relacionadas à deficiência.

Deficiência pode ser conceituada como uma dificuldade de funcionamento para o corpo, pessoa ou níveis sociais em um ou mais domínios da vida, como uma experiência do indivíduo com uma condição de saúde em interação com fatores contextuais.⁶ A deficiência é vista também como um conceito político por ser a expressão da desvantagem sofrida por pessoas com diferentes lesões e por isso passa a ser uma questão de justiça social. A sociedade tem papel fundamental nas barreiras sofridas por essas pessoas. Assim, as pessoas com deficiência podem ser vistas como membros de uma minoria cujos direitos são violados.⁵⁻⁷

Pessoa com deficiência (PcD) é aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com diversas barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igual-

dade de condições com as demais pessoas. O Brasil, em consonância com a Organização Mundial da Saúde (OMS), orienta que a avaliação da deficiência deve ser médica e social, levando em consideração os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo, os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais, a limitação do desempenho das atividades e a restrição de participação segundo suas especificidades.⁸

É importante ressaltar que a deficiência não atinge os indivíduos de maneira igualitária. Em todos os países, grupos vulneráveis, como mulheres, idosos e pessoas no limiar da pobreza extremo, apresentam incidências superiores de deficiência.¹ Pessoas que vivem em condições de pobreza têm maior dificuldade em acessar os serviços de saúde, e essa dificuldade de acesso pode fazer com que as condições de saúde fiquem ainda piores, desencadeando uma deficiência, como a cegueira em função do diabetes descontrolado, por exemplo.⁹ Pessoas com deficiência apresentam piores perspectivas de vida, níveis mais baixos de escolaridade e emprego, despesas médicas superiores e níveis de pobreza mais elevadas quando comparadas a pessoas sem deficiência.^{10,11} Este grupo também apresenta pior capital social, redes de suporte social e status de saúde autorrelatados, com maior iniquidade entre pessoas com deficiência intelectual ou psicológica.¹²

Nesse contexto, o Brasil e a odontologia adotaram políticas que, se, por um lado, são inclusivas, por outro, vêm acompanhadas de dificuldades de cobertura. A odontologia considera como paciente com necessidades especiais todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional.¹³

Pessoas com necessidades especiais ou com mobilidade reduzida têm direito a prioridade de agendamento e atendimento nas clínicas e nos consultórios odontológicos, tanto no âmbito privado como no público. O atendimento preferencial e obrigatório constitui-se na atenção imediata em todos os níveis de serviço de saúde, resguardando-se as situações de urgências e emergências dos demais usuários. No caso de existir mais de um paciente com necessidade especial em uma mesma fase de tratamento, o profissional deverá priorizar a marcação e a realização de consulta daquele cuja gravidade seja maior.¹⁴ É importante ressaltar que os serviços privados também estão sujeitos às normas e leis brasileiras, mas que não existe uma política de avaliação nacional que os inclua. Dessa forma, caso o usuário do serviço privado sinta-se desrespeitado, deve realizar a denúncia no órgão de classe ou no Ministério Público.

A especialidade Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais foi regulamentada recentemente, e o número de especialistas na área ainda é baixo. No estado do Rio Grande do Sul, por exemplo, em julho de 2017, apenas 29 dos

17.759 cirurgiões-dentistas inscritos tinham essa especialidade registrada.¹⁵ Com isso, torna-se clara a necessidade de atendimento dessa população pelos cirurgiões-dentistas generalistas, tanto na atenção básica quanto na atenção secundária. Muitos cirurgiões-dentistas, no entanto, não se sentem aptos para o atendimento de pessoas com deficiência ou outras necessidades especiais.¹⁶ É preciso que as instituições de ensino invistam nessa formação ainda no curso de graduação em Odontologia.^{17,18} Da mesma forma, as definições utilizadas no contexto da especialidade são amplas demais, o que permite que se considere paciente com necessidades especiais um sem número de indivíduos com diferentes condições de saúde, os quais, no contexto da atenção, são impossíveis de atender de forma especializada. É importante ressaltar que o cirurgião-dentista generalista deve ser capaz de dar conta da maioria dessas situações. Para tanto, urge medidas de inclusão dessas vivências nos currículos de graduação.

A saúde bucal das pessoas com deficiência intelectual é pior do que a da população em geral, tanto em função das necessidades de tratamento não resolvidas¹⁹ quanto em relação à falta de capacitação dos profissionais para atendimento.¹⁷

A cárie dentária não tratada é a condição crônica mais prevalente no mundo,²⁰ e sua distribuição é desigual.²¹ A saúde bucal da população reflete suas condições socioeconômicas e de vulnerabilidade social. O quadro de iniquidade em saúde reproduz-se nas condições de saúde bucal da população e ainda se faz presente no Brasil.²²

Na França, em um levantamento nacional com mais de 9 mil crianças e adolescentes, foi constatado que crianças com deficiência apresentam praticamente quatro vezes mais chance de apresentar pior saúde bucal e duas vezes maior necessidade de tratamento. Com o passar da idade, essas condições ficam ainda piores.²³ Essa condição também se confirma em outros países, como Índia e Estados Unidos.

O tipo de deficiência e o grau de comprometimento interferem nas condições de saúde.^{24,25} Adultos com esquizofrenia, por exemplo, apresentam maior índice de cárie não tratada tanto em relação a pessoas com outro tipo de deficiência quanto em relação à população em geral.²⁶ Estudos sobre os níveis de saúde de pessoas com deficiência intelectual são mais frequentes. Em revisão sistemática foi comprovado que pessoas com deficiência intelectual apresentam pior higiene bucal e maior prevalência e severidade de doença periodontal, além de maior prevalência de cárie não tratada.¹⁹

Nesse contexto, o trabalho interdisciplinar e integrado com todos os níveis de complexidade é necessário para a atenção integral à saúde bucal das pessoas com deficiência. A rede de assistência ao usuário com deficiência deve estar organizada e preparada para o cuidado desses pacientes nos níveis público e privado. À odontologia como profissão é dada a tarefa

de dar suporte a uma política de saúde que inclua a pessoa com deficiência no sistema governamental. Da mesma forma, a permanente busca por capacitação é fundamental, uma vez que a pessoa com deficiência demanda alguns cuidados diferenciados, mas, em grande parte, pode ser atendida dentro de sistemas mais convencionais. Certamente, essa é uma questão de política de saúde, de entendimento de integralidade e de compromisso social da profissão.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: EDPcD; 2012.
2. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência. Brasília; 2012.
3. Drum CE, Krahn G, Culley C, Hammond L. Recognizing and responding to the health disparities of people with disabilities. *Calif J Health Promot.* 2005;3(3):29-42.
4. Scheer J, Kroll T, Neri MT, Beatty P. Access barriers for persons with disabilities. *J Disabil Policy Stud.* 2003;13(4):221-30.
5. Diniz D. O que é deficiência. São Paulo: Brasiliense; 2007.
6. Organização Mundial da Saúde. classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Lisboa; 2004.
7. Galdenzi P, Ortega F. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. *Cien Saude Colet.* 2016;21(10):3061-70.
8. Brasil. Presidência da República. Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília; 2015.
9. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Rahman MH. Poverty and access to health care in developing countries. *Ann NY Acad Sci.* 2008;1136:161-71.
10. Mitra S, Posarac A, Vick B. Disability and poverty in developing countries: a multidimensional study. *World Development.* 2013;41:1-18.
11. Braithwaite J, Mont D. Disability and poverty: a survey of World Bank Poverty Assessments and implications. *Alter.* 2009;3:219-32.
12. Mithen J, Aitken Z, Ziersch AM, Kavanagh AM. Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities. *Soc Sci Med.* 2015;126:26-35.
13. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-63/2005. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Brasília; 2005.
14. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-167/2015. Normaliza o agendamento e o atendimento prioritário às pessoas portadoras de necessidades especiais ou mobilidade reduzida nas clínicas e consultórios odontológicos. Brasília; 2015.
15. Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Sul. Número de especialistas em odontologia para pacientes com necessidades especiais no Rio Grande do Sul [on-line]. http://www.cror.org.br/main.php?t=busca_especialistas/lista_especialidade.php&pn=38
16. Leal Rocha L, Saintrain MVL, Vieira-Meyer APGF. Access to dental public services by disabled persons. *BMC Oral Health.* 2015;15(35):1-9.
17. Faulks D, Freedman L, Thompson S, Sagheri D, Dougall A. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. *Eur J Dent Educ.* 2012;16(4):195-201.
18. Adyanthaya A, Sreelakshmi N, Ismail S Raheema M. Barriers to dental care for children with special needs: General dentists' perception in Kerala, India. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2017;35:216-22.
19. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist.* 2010;30(3):110-7.
20. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res.* 2015;94(5):650-8.
21. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica.* 2006;19(6):385-93.
22. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros Aluisio JD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saude Publica.* 2012;46(2):250-8.
23. Hennequin M, Moysan V, Jourdan D, Dorin M, Nicolas E. Inequalities in oral health for children with disabilities: a French national survey in special schools. *PLoS ONE.* 2008;3(6):e2564.
24. Petrovic BB, Peric TO, Markovic DLJ, Bajkin BB, Petrovic D, Blagojevic DB. Unmet oral health needs among persons with intellectual disability. *Res Dev Disabil.* 2016;59:370-7.
25. Horner-Johnson W, Dobbertin K, Lee JC, Andresen EM; Expert panel on disability and health disparities. disparities in chronic conditions and health status by type of disability. *Disabil Health J.* 2013;6(4):280-6.
26. Chu K, Yang NP, Chou P, Chiu HJ, Chi LY. Comparison of oral health between inpatients with schizophrenia and disabled people or the general population. *J Formos Med Assoc.* 2010;111(4):214-9.

4.2 ARTIGO 2: Barreiras e facilitadores de comunicação ao atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível

Submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública em Agosto de 2018, aguardando parecer revisores.

TÍTULO: Barreiras e facilitadores de comunicação ao atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível

TÍTULO RESUMIDO: Barreiras e facilitadores de comunicação na atenção primária à saúde

Macarevich A, Giordani JGA, Neves M, Hugo FN, Hilgert JB

RESUMO

BACKGROUND: As barreiras de comunicação são o principal dificultador do acesso de pessoas com deficiência sensorial (visual e auditiva) aos serviços de saúde. **OBJETIVO:** Analisar a prevalência e os fatores associados à presença de facilitadores de comunicação das unidades básicas de saúde no Brasil. **METODOLOGIA:** Estudo transversal multinível, com dados de 38.812 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em 5.561 municípios entre 2012/2013, coletados no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O desfecho foi criado agrupando os facilitadores de comunicação. As variáveis de exposição do nível I (contextuais) foram: macrorregião, porte populacional, e PIB per capita. No nível II (serviço) foram: equipe profissional ampliada na atenção primária (psicólogo e assistente social); turnos de atendimento; sala de acolhimento; divulgação horário atendimento; presença de facilitadores de acesso físico. Foi utilizada regressão de Poisson multinível com modelagem hierárquica em dois estágios: Modelo 1 (apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco) e Modelo 2 (as variáveis contextuais com $p < 10\%$ do modelo 1, mais as variáveis das equipes de saúde). **RESULTADOS:** A presença dos facilitadores de comunicação é pequena nas UBS brasileiras, sendo mais frequente nas localizadas nos municípios mais ricos, com maior PIB e porte populacional. Modelo de organização do trabalho e estrutura física adequada também estiveram associados a melhores resultados. **CONCLUSÃO:** É necessário promover o acesso universal, com a adequação dos serviços, remoção das barreiras de comunicação e o estímulo à realização do acolhimento pelos profissionais de saúde.

DeCS: Barreiras de comunicação; atenção primária à saúde; pessoas com deficiência;

INTRODUÇÃO

As deficiências físicas e sensoriais são as mais prevalentes tanto no Brasil quanto no mundo, e o envelhecimento populacional está diretamente relacionado com o aumento desses tipos de deficiência, visto que a maioria é adquirida ao longo da vida¹⁻². A prevalência mundial de deficiências é de 15,3% da população, e de deficiências graves 2,9%. No entanto, entre indivíduos idosos (acima de 60 anos), 10,2% relatam deficiências graves³. No Brasil, a prevalência de deficiência autorreferida foi de 6,2% (cerca de 12,4 milhões de pessoas), aumentando para 18,2% nos idosos. A deficiência visual foi a mais frequente (3,6%), e a deficiência auditiva acomete 1,1% da população, ambas aumentando com a idade (11,5% e 5,2% aos 60 anos, respectivamente)². Essa distribuição das deficiências é semelhante aos valores apresentados em outros países, como a China⁴ e os Estados Unidos⁵.

As pessoas com deficiência apresentam maior necessidade em saúde não resolvidas⁶⁻⁷, além de uma maior dificuldade em acessar os serviços de saúde⁸. As barreiras de acesso aos serviços de saúde podem ser classificadas em três categorias: estrutural, financeira e pessoal/cultural⁹. Essas barreiras não comprometem o acesso exclusivamente das pessoas com deficiência, mas tendem a ser mais graves com essa parcela da população¹⁰⁻¹¹.

Pessoas com deficiência auditiva relatam as barreiras de comunicação como o principal entrave à acessibilidade em saúde, tanto com o profissional de saúde quanto em relação às informações disponíveis no serviço¹². Problemas de comunicação durante o exame clínico e anamnese; dificuldade de entendimento sobre a prescrição, interferindo na segurança medicamentosa; falta de entendimento sobre qual a melhor forma de comunicação não-verbal para o paciente surdo; além de dificuldades na sala de espera e para agendamento das consultas são as principais queixas levantadas¹³.

Pessoas com deficiência visual também apresentam grande dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Barreiras de comunicação, de acesso físico, de informação (materiais escritos em formato inacessível) e atitudinais, como falta de respeito ou preocupação em relação ao pensamento do médico de que o indivíduo não consiga cuidar de sua própria saúde, foram trazidas por pessoas cegas ou com baixa visão¹⁴. Idosos com deficiência visual, quando comparados a idosos sem a deficiência, apresentaram mais comorbidades e condições secundárias a doenças (como diabetes, hipertensão arterial sistêmica e derrame, por exemplo),

maior limitação de atividades da vida diária como caminhar, preparar a refeição ou tomar medicações; além maior restrição da vida social¹⁵.

Os profissionais de saúde também percebem que o acesso da população com deficiência sensorial é mais complicado, reportando inclusive maior dificuldade em atender pessoas com limitação de comunicação e deficiência visual do que usuários com mobilidade reduzida ou deficiência cognitiva¹⁶. A necessidade de treinamento e educação permanente da equipe de saúde para reduzir as barreiras de comunicação¹⁷, o aumento da conscientização e conhecimento, o empoderamento dos usuários com deficiência e a criação de políticas públicas para a melhora dos cuidados em saúde são relatados tanto pelos usuários como pelos profissionais¹⁸.

A literatura é bem consistente em relação às barreiras para deficiências físicas que dificultam o acesso às unidades de saúde¹⁹⁻²⁰⁻²¹. No entanto, não foi encontrado estudo de base populacional com foco nas barreiras de comunicação nos serviços de atenção primária à saúde, porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde. Suspeita-se também que as variáveis contextuais, ligadas ao município onde essas unidades de saúde estão inseridas, podem influenciar na acessibilidade aos serviços, especialmente porque os serviços de atenção primária são organizados e ofertados pelos sistemas municipais de saúde. Mediante o exposto, o objetivo deste trabalho foi descrever e analisar os facilitadores e as barreiras de acesso para a utilização dos serviços de atenção básica pelas pessoas com deficiências sensoriais (auditiva e visual).

MÉTODOS

DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo exploratório observacional transversal, com abordagem analítica multinível, a partir de dados do Ciclo I do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e de dados contextuais dos municípios.

CENÁRIO

Em 2011, o Brasil implementou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo principal objetivo foi induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica²². A avaliação externa do PMAQ-AB foi conduzida de forma multicêntrica e integrada, por Instituições de Ensino e Pesquisa independentes, com o acompanhamento direto do Ministério da Saúde. O Ciclo I do PMAQ-AB ocorreu entre os anos de 2011 a 2013 em todo o território brasileiro. O instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB do primeiro ciclo foi organizado em três Módulos: I- Unidades Básicas de Saúde; II-Equipes de Atenção Básica; e III-Usuários dos serviços de atenção básica. Neste artigo, foram utilizadas informações do módulo I.

COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados *in loco* em todas as unidades básicas de saúde brasileiras, entre maio e dezembro de 2012, com instrumento padronizado e testado previamente, utilizando computadores portáteis do tipo *tablet*. O instrumento de coleta de dados foi respondido pelo coordenador da equipe e conferido pelo avaliador externo. Os avaliadores externos, que coletaram os dados, passaram por treinamento com duração de uma semana, baseando-se no manual de campo elaborado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde²³.

VARIÁVEIS DE INTERESSE

Foram utilizadas as variáveis do bloco relacionado à acessibilidade a usuários com deficiência visual e/ou auditiva, com diminuição da visão e/ou audição ou que não sabem ler. O desfecho foi criado agrupando as seguintes variáveis: presença de material com caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo; recurso auditivo (sonoro); sinalização por texto, desenhos e figuras indicando ambientes ou serviços da UBS; listagem (escopo) de ações do serviço de maneira que pessoas com deficiência tenham acesso; e profissional para acolhimento de usuários com deficiência visual ou auditiva. Todas as questões tinham como opções de resposta categóricas “sim, não, não sabe/não respondeu”. Após a soma dos facilitadores, a variável foi dicotomizada em: não ter nenhum facilitador ou ter um ou mais facilitadores. A escolha pela análise conjunta das barreiras de comunicação auditiva e visual deu-se em função da pequena prevalência dos facilitadores específicos para cada tipo de deficiência sensorial (tabela 1).

As variáveis de exposição do nível I, relacionadas às características contextuais dos municípios foram: macrorregião, porte populacional e PIB per capita, coletadas na base de dados secundários oficiais do IBGE. O ano base para as informações referentes à densidade demográfica, ao porte populacional do município e para o Produto Interno Bruto *per capita* (PIB) foi o de 2010.

No nível II, as variáveis relacionadas às Unidades Básicas de Saúde, selecionadas de maneira exploratória foram: equipe profissional ampliada na Atenção Básica (presença de psicólogo e assistente social); turnos de atendimento; sala de acolhimento; divulgação do horário de atendimento e presença de facilitadores de acesso físico (calçada em boas condições, piso antiderrapante, piso regular, rampa de acesso, corrimão e ausência de tapete). Todas as variáveis foram coletadas na avaliação externa do PMAQ-AB.

VIESES

Para evitar o viés de informação e aferição, foi utilizado o mesmo instrumento para coleta de dados por todos os avaliadores externos, que passaram por uma semana de treinamento. Os avaliadores também contaram com a presença de um supervisor de campo.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados no software Stata 11 e no SPSS 20. Foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Regressão de Poisson Multinível²⁴⁻²⁶ (comando `xtpoisson`, com o subcomando `re` para os efeitos randômicos)²⁷ foi utilizada para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%. A modelagem utilizada foi hierárquica²⁸ em dois estágios: Modelo 1 (apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco) e Modelo 2 (as variáveis contextuais com $p < 10\%$ do modelo 1, mais as variáveis do nível UBS). Para análise de ajuste dos modelos foram utilizados os parâmetros deviance, AIC e BIC.

ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da coleta de dados referente à avaliação externa do PMAQ, o mesmo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do

Sul, sendo aprovado em 13/03/2012, número de registro de 21.904, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Foram avaliadas 38.811 unidades básicas de saúde em 5.543 municípios, alcançando 99,6% dos municípios brasileiros. Os facilitadores de comunicação mais prevalentes foram: profissionais para acolhimento (21,1%), disponibilidade de lista de serviços acessíveis para pessoas com deficiência (10,8%) e desenho dos serviços de saúde (8,6%). Recursos auditivos e materiais disponíveis em Braille foram encontrados em menos de 1% dos serviços. Mesmo agrupando os facilitadores para a criação do desfecho, apenas 32,1% das UBS contam com um ou mais facilitadores de comunicação (tabela 1).

As macrorregiões Sudeste e Sul tiveram melhores resultados (presença de pelo menos 1 facilitador em 39,0% e 36,3%, respectivamente), bem como os municípios com maior PIB e porte populacional (mais de 500 mil habitantes). Em relação às unidades de saúde, contar com sala de acolhimento, ter psicólogo e assistente social e divulgar os horários de atendimento também estiveram mais associados à presença de facilitadores de comunicação (tabela 1).

Na análise multinível, as cidades da região Sudeste (RP=1,67, IC 95%=1,48-1,89) e Sul (RP=1,50, IC 95%=1,31-1,71) tiveram maior prevalência de ao menos 1 facilitador de acesso, assim como os municípios com maior porte populacional (RP=1,32, IC 95% = 1,06-1,65) e com maior PIB (3º tercil) (RP=1,12, IC 95% = 1,01-1,23), quando comparados às demais categorias (tabela 2).

Em relação às unidades de saúde, aquelas que divulgavam seu horário de atendimento (RP=1,56, IC 95% = 1,49-1,63) e as que faziam parte da estratégia de saúde da família (RP=1,50, IC 95% = 1,38-1,62) obtiveram melhores resultados. Contar com uma estrutura física adequada, com os 5 facilitadores de acesso físico - calçada em boas condições, piso antiderrapante, piso regular, rampa de acesso, corrimão e ausência de tapete - presentes (RP=1,41, IC 95% = 1,19-1,68) e com sala para acolhimento (RP=1,28, IC 95% = 1,22-1,35) também estiveram associados com a presença de facilitadores de acesso de comunicação (tabela 2).

DISCUSSÃO

No Brasil, poucas unidades básicas de saúde contavam com os facilitadores de comunicação. Observa-se que, aquelas UBS localizadas nos municípios mais ricos, com maior PIB e de grande porte populacional apresentavam mais facilitadores de comunicação para o acesso e a utilização dos serviços de atenção básica pelas pessoas com deficiências sensoriais. Fatores contextuais, o modelo de organização do trabalho e a estrutura física adequada também estiveram associados a melhores resultados.

Em alguns países, sobretudo no Brasil, as diferenças macrorregionais em saúde referentes ao acesso, à utilização e, também, ao desempenho dos serviços de saúde possuem evidência científica bem discriminada. A Lei do Cuidado Inverso também continua presente. Os serviços em saúde são mais ofertados nos locais de melhor nível socioeconômico e não onde de fato é necessário²⁹, a exemplo das regiões Sudeste e Sul que apresentaram melhores resultados no Índice de Desenvolvimento Humano³⁰ e maior utilização de serviços de saúde³¹. No entanto, as regiões Norte e Nordeste que marcadamente apresentam maiores percentuais de atendimentos realizados pelo sistema único de saúde (SUS), tiveram piores resultados. Isto reforça a necessidade de adequação destes serviços às realidades loco-regionais com vistas à redução das iniquidades³².

Existem diferenças entre as pessoas com um mesmo tipo de deficiência sensorial, tanto em função de suas preferências individuais quanto pelas limitações e capacidades individuais. Nem todos surdos conseguirão se comunicar via LIBRAS ou leitura labial³³, da mesma forma que as pessoas cegas ou com baixa visão utilizarão o Braille. Alguns facilitadores de comunicação, como o Braille ou figuras em relevo podem envolver um custo e uma logística maior para a produção de material, além de não alcançar grande parte da população com deficiência visual, visto que pessoas que perdem a visão ao longo da vida têm menos chance de utilizar esses métodos³⁴. Assim, ainda que as orientações em saúde fornecidas por meio de áudio-descrição ou em Braille aumentem a autonomia dos indivíduos com o autocuidado em saúde, essa conduta não tem sido disponibilizada nos serviços de saúde. Em um estudo realizado em Fortaleza (Brasil), apenas 1,5% das 204 pessoas com deficiência entrevistadas (n=3) relatou ter recebido orientações em Braille³⁵.

O grau de disponibilidade de informação acerca dos serviços ofertados também influencia a utilização dos mesmos e a equidade em saúde³⁶. Neste estudo é possível perceber que a divulgação de horários esteve associada com melhores resultados. É possível que

equipes que se preocupam com a disponibilidade da informação também estejam mais conscientes da necessidade de facilitadores de comunicação, principalmente de profissionais para acolhimento.

A decisão de onde investir recursos públicos para alcançar melhor acesso à saúde deve considerar tanto as necessidades dos usuários quanto os meios que alcancem o maior número de indivíduos³⁷. Medidas simples, como a listagem de serviços divulgada de forma que pessoas com deficiência tenham acesso ou ainda placas ou desenhos indicando os serviços disponíveis na unidade devem ser estimuladas. O custo para a realização destas melhorias é muito baixo se comparado ao benefício que essas ações podem trazer às pessoas com deficiência auditiva.

A presença de profissionais para realizar o acolhimento dos usuários com deficiências sensoriais, que deveria estar presente em todas as unidades de saúde é relatada em apenas 21% dos serviços. Este, na opinião dos autores, é o principal facilitador de acesso e deve ser o foco de ações para melhorar a atenção à saúde das pessoas com deficiência. Em um estudo sobre barreiras de acesso, pessoas com baixa visão ou cegas também apontaram as técnicas de comunicação individualizadas e uma postura acolhedora como medidas efetivas para a qualidade do cuidado¹⁴. Investir em capacitação profissional, habilitando o recurso humano já existente nos serviços trará grandes benefícios para o acesso e qualidade do cuidado. Esta necessidade de treinamento e educação permanente da equipe de saúde para reduzir as barreiras de comunicação também é percebida pelos próprios profissionais¹⁷.

Este estudo apresenta como limitações a impossibilidade de inferência causal, além da falta de questões específicas para usuários com deficiência sobre facilitadores de comunicação. A ausência de pessoas com deficiência em estudos epidemiológicos é um problema já relatado por outros autores³⁸ e que deve ser contornado. A ausência de indicadores que avaliem a presença de facilitadores específicos, como profissionais habilitados em LIBRAS também é um limitador do estudo. Por outro lado, esta é uma pesquisa de base nacional, que considerou também as questões contextuais e trouxe para a discussão as barreiras de comunicação, que normalmente são negligenciadas em favor das barreiras físicas. Essa discussão traz contribuições importantes para a melhoria das ações em saúde e para a garantia do acesso aos serviços de saúde por pessoas que dele mais necessitam.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nesta pesquisa evidenciaram que a maioria das unidades básicas de saúde do Brasil não apresentam os facilitadores de comunicação necessários para garantir acessibilidade para as pessoas com deficiência sensorial. Os serviços que contam com maior acessibilidade física são os que têm mais facilitadores de comunicação, possivelmente por serem unidades mais bem equipadas e que se preocupem com a acessibilidade de uma forma mais ampla.

É necessário promover o acesso universal, com a adequação dos serviços, remoção das barreiras de comunicação e o estímulo à realização do acolhimento pelos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Stevens GA, White RA, Flaxman SR, Price H, Jonas JB, Keeffe J, Leasher J, Naidoo K, Pesudovs K, Resnikoff S, Taylor H, Bourne RR. Global Prevalence of Vision Impairment and Blindness: Magnitude and Temporal Trends, 1990–2010, *Ophthalmology*. 2013;120(12): 2377-2384.
2. Malta DC, Stopa SR, Canuto R, Gomes NL, Mendes VL, Goulart BN, Moura LD. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet* 2016; 21(10): 3253-3264.
3. World Health Organization. Global data on visual impairments 2010. Genebra. 2012.17 p.
4. Zheng X, Chen G, Song X, Liu J, Yan L, Du W, Pang L, Zhang L, Wu J, Zhang B, Zhang J. Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. *Bull World Health Organ*. 2011; 89(11): 788-797.
5. Schiller JS, Lucas JW, Peregoy JA. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2011. *Vital Health Stat* 10. 2012; 256:1-218.
6. Casey R. Disability and unmet health care needs in Canada: A longitudinal analysis. *Disabil Health J*. 2015; 8(2): 173-181.
7. Krahn GL, Walker DK, Correa-De-Araujo R. Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. *Am J Public Health*. 2015;105(S2): S198-S206.
8. de Vries McClintock HF, Barg FK, Katz SP, Stineman MG, Krueger A, Colletti PM, Boellstorff T, Bogner HR. Health care experiences and perceptions among people with and without disabilities. *Disabil Health J*. 2016; 9(1): 74-82.
9. Institute of Medicine. Access to health care in America. Washington, DC: National Academy Press; 1993.
10. Scheer J, Kroll T, Neri MT, Beatty P. Access barriers for persons with disabilities: the consumer's perspective. *J Disabil Policy Stud*. 2003; 13(4): 221-230.
11. Drainoni ML, Lee-Hood E, Tobias C, Bachman SS, Andrew J, Maisels L. Cross-disability experiences of barriers to health-care access: consumer perspectives. *J Disabil Policy Stud*. 2006; 17(2): 101-115.
12. Alexander A, Ladd P, Powell S. Deafness might damage your health. *Lancet*. 2012; 379(9820):979-981.
13. Iezzoni LI, O'Day BL, Killeen M, Harker H. Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Ann Intern Med*. 2004;140 (5):356-362.
14. O'Day BL, Killen M, Iezzoni LI. Improving health care experiences of persons who are blind or have low vision: suggestions from focus group. *Am J Med Qual*. 2004; 19(5): 193-200.
15. Crews J, Campbell V. Health Conditions, Activity Limitations, and Participation Restrictions Among Older People with Visual Impairments. *J Vis Impair Blind*. 2001; 95(8): 453-467.

16. Bachman SS, Vedrani M, Drainoni ML, Tobias C, Maisels L. Provider perceptions of their capacity to offer accessible health care for people with disabilities. *J Disability Policy Stud.* 2006; 17(3): 130-136.
17. Morrison EH, George V, Mosqueda L. Primary care for adults with physical disabilities: perceptions from consumer and provider focus groups. *Fam Med.* 2008; 40(9):645-651.
18. McClintock HF, Kurichi JE, Barg FK, Krueger A, Colletti PM, Wearing KA, Bogner HR. Health care access and quality for persons with disability: Patient and provider recommendations. *Disabil Health J.* 2018; 11(3):382-389.
19. Mudrick NR, Breslin ML, Liang M, Yee S. Physical accessibility in primary health care settings: results from California on-site reviews. *Disabil Health J.* 2012; 5(3): 159-167.
20. Siqueira FCV, Fachini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Cien Saude Coletiva.* 2009; 14(1): 39-44.
21. Martins KP, Costa TF, Medeiros TM, Fernandes MGM, França ISX, Costa KNFM. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. *Cienc Saude Coletiva.* 2016 ; 21(10): 3153-60.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, DF, 2012. 62 p.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília, DF, 2013. 126p.
24. Bastos LS, Oliveira RVC, Velasque LS. Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies. *Cad Saude Publica.* 2015; 31(3): 487-495.
25. Spiegelman D, Hertzmark E. Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences. *Am J Epidemiol* 2005;162(3): 199-200.
26. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 20(3):21.
27. Rabe-Hesketh S, Skrondal A. *Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata.* Second Edition. Stata Press; 2008.
28. Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. *Rev Saude Publica.* 1996; 30(2): 168-178.
29. Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet*, 1971;405-412.
30. Duarte CM, Pedroso MD, Bellido JG, Moreira RD, Viacava F. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2015; 31:1163-1174.

31. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CL. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saude Publica*. 2017; 51 (suppl 1).
32. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Cien Saude Colet*. 2016;21: 351-370.
33. Torres EF, Mazzoni AA, Mello AG. Nem toda pessoa cega lê em Braille nem toda pessoa surda se comunica em língua de sinais. *Educação e Pesquisa*. 2007;33(2):369-386.
34. Cawthra L. Older people's health information needs. *Health Libr Rev*. 1999; 16(2): 97-105.
35. Leal Rocha L, Saintrain MVL, Vieira-Meyer APGF. Access to dental public services by disabled persons. *BMC Oral Health*. 2015; 15(35).
36. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med*. 2001; 53(9):1149-1162.
37. Frieden TR. A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *Am J Public Health*. 2010;100(4):590-595.
38. Alwadi MA, Baker SR, Owens J. The inclusion of children with disabilities in oral health research: A systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018; 46(3): 238-244.

Tabela 1: Análise bivariada dos facilitadores de comunicação e as variáveis de interesse, Brasil, 2012.

		Facilitadores de comunicação	
		Sim	Não
		N (%)	N (%)
Facilitadores de comunicação	Profissional para acolhimento	8.195 (21,1)	30.616 (78,9)
	Lista serviços para PcD	4.200 (10,8)	34.611 (89,2)
	Desenho serviços de saúde	3.336 (8,6)	35.475 (91,4)
	Recurso auditivo	148 (0,4)	38.663 (99,6)
	Braille	83 (0,2)	38.728 (99,8)
Facilitadores de comunicação (desfecho)	Um ou mais	12.464 (32,1)	26346 (67,9)
PIB*	1º tercil	3.426 (26,5)	9.521 (73,5)
	2º tercil	3.933 (30,3)	9.026 (69,7)
	3º tercil	5.105 (39,6)	7.799 (60,4)
Porte populacional (hab)*	até 5 mil	757 (31,9)	1.617 (68,1)
	5.001 a 10 mil	1.099 (29,3)	2.647 (70,7)
	10.001 a 50 mil	4.980 (28,5)	12.497 (71,5)
	50.001 a 100 mil	1.613 (31,5)	3.503 (68,5)
	1000.001 a 500 mil	2.392 (36,8)	4.112 (63,2)
	mais de 500 mil	1.623 (45,2)	1.970 (54,8)
Macrorregião*	Norte	685 (21,3)	2.525 (78,7)
	Nordeste	4.063 (27,8)	10.574 (72,2)
	Centro-Oeste	770 (28,5)	1.936 (71,5)
	Sul	2.293 (36,3)	4.021 (63,7)
	Sudeste	4.653 (39,0)	7.290 (61,0)
Equipe ampliada*	Nenhum profissional	8.483 (28,5)	21.252 (71,5)
	A.Social ou Psicólogo	1.834 (41,4)	2.599 (58,6)
	A.Social e Psicólogo	1.879 (47,1)	2.109 (52,9)
Modelo de atenção*	Tradicional	804 (18,2)	3.612 (81,8)
	ESF/parametrizada	9.228 (33,8)	18.041 (66,2)
Sala de acolhimento*	Não	7.700 (26,8)	21.065 (73,2)
	Sim	4.711 (47,4)	5.223 (52,6)
Facilitadores de acesso físico*	0	550 (74,0)	193 (26,0)
	1	9.488 (79,7)	2.417 (20,3)
	2	6.946 (70,6)	2.888 (29,4)
	3	4.797 (62,4)	2.888 (37,6)
	4	3.264 (54,6)	2.712 (45,4)
	5	1.301 (48,8)	1.366 (51,2)
Turnos de atendimento*	1	3.625 (83,6)	710 (16,4)
	2	21.602 (66,3)	10.991 (33,7)
	3	1.119 (59,5)	763 (40,5)
Divulga horários de atendimento*	Não	5.169 (22,9)	17.364 (77,1)
	Sim	7.295 (44,8)	8.982 (55,2)

* $\chi^2 p < 0,05$

Tabela 2: Análise multinível bruta e ajustada da presença de facilitadores de comunicação nas unidades de saúde do Brasil em relação às variáveis de interesse, 2012.

		Análise Bruta				Análise Ajustada			
		RP	IC 95%		p	RP	IC 95%		p
PIB	1º tercil	1				1			
	2º tercil	1	0,92	1,09	0,99	0,98	0,9	1,07	0,63
	3º tercil	1,12	1,01	1,23	0,03	1,02	0,92	1,12	0,76
Porte populacional (hab)	Até 5 mil	1				1			
	5.001 a 10 mil	0,95	0,85	1,05	0,31	1,03	0,92	1,15	0,64
	10.001 a 50 mil	0,94	0,86	1,03	0,19	1,05	0,95	1,15	0,36
	50.001 a 100 mil	1,02	0,9	1,15	0,77	1,11	0,98	1,25	0,09
	1000.001 a 500 mil	1,11	0,98	1,26	0,09	1,18	1,04	1,33	0,01
	mais de 500 mil	1,32	1,06	1,65	0,01	1,25	1,02	1,52	0,03
Macrorregião	Norte	1				1			
	Nordeste	1,25	1,11	1,42	0	1,27	1,12	1,43	0,00
	Centro-Oeste	1,23	1,05	1,43	0,01	1,11	0,95	1,3	0,20
	Sul	1,5	1,31	1,71	0	1,28	1,11	1,47	0,00
	Sudeste	1,67	1,48	1,89	0	1,35	1,19	1,53	0,00
Equipe ampliada	Sem					1			
	A.Social ou Psicólogo					1,12	1,06	1,2	0,00
	A.Social e Psicólogo					1,19	1,12	1,27	0,00
Modelo atenção	Tradicional					1			
	ESF					1,5	1,38	1,62	0,00
Sala de acolhimento	Não					1			
	Sim					1,28	1,22	1,35	0,00
Facilitadores de acesso físico	0					1			
	1					0,85	0,72	1,01	0,06
	2					1,06	0,9	1,25	0,51
	3					1,22	1,03	1,43	0,02
	4					1,36	1,15	1,61	0,00
	5					1,41	1,19	1,68	0,00
Turnos de atendimento	1					1			
	2					1,38	1,27	1,51	0,00
	3					1,45	1,29	1,65	0,00
Divulga horários de atendimento	Não					1			
	Sim					1,56	1,49	1,63	0,00

4.3 ARTIGO 3: Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos Centros de Especialidades Odontológicas

Submetido à Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde em Junho de 2018, aprovado na revisão técnica e aguardando parecer dos revisores.

Folha de rosto

a) Modalidade do manuscrito: Artigo original

b) título do manuscrito, em português, inglês e espanhol:

Português: Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Inglês: Specialized dental care for people with disabilities in Brazil: profile of Specialized Dental Clinics.

Espanhol: Atención odontológica especializada para personas con discapacidad en Brasil: perfil de los Centros de Especialidades Odontológicas.

c) título resumido em português, para referência no cabeçalho das páginas:

Título resumido: Atenção odontológica para pessoas com deficiência no Brasil

d) nome, instituição de afiliação, unidade ou departamento (até três níveis, com somente uma instituição por autor), cidade, estado, país, ORCID iD e e-mail de cada um dos autores;

Aline Macarevich; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, <https://orcid.org/0000-0002-8129-4324>, alinemacarevich@yahoo.com.br.

Edson Hilan Gomes de Lucena; Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Núcleo de Saúde Coletiva, Recife, Pernambuco, Brasil, <https://orcid.org/0000-0003-3431-115X>, ehglucena@gmail.com.

Nilcema Figueiredo; Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Social, Recife, Pernambuco, Brasil, <https://orcid.org/0000-0001-6181-8728>, nilcema@uol.com.br.

Paulo Sávio Angeiras de Goes; Universidade Federal de Pernambuco, Faculdade de Odontologia, Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva, Recife, Pernambuco, Brasil, <https://orcid.org/0000-0001-7220-0739>, paulosaviogoes@gmail.com.

Juliana Balbinot Hilgert; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, <https://orcid.org/0000-0002-2204-1634>, jhilgert@gmail.com.

e) nome do autor correspondente, endereço completo, e-mail e telefone;

Aline Macarevich; Endereço: Rua Professor Cristiano Fischer, 2138/1604. Bairro Partenon, Porto Alegre, RS, CEP: 91410-001. alinemacarevich@yahoo.com.br, 51 98411-9699.

f) paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;

Resumo: 1 página, 150 palavras; limite: 150 palavras.

Texto: 10 páginas (sem referências e tabelas), 2.651 palavras; limite: 3.500 palavras.

g) informação sobre trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo e título do trabalho ano de defesa e instituição, se pertinente:

Artigo derivado de tese de doutorado intitulada “Acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde” de Aline Macarevich Condessa, junto ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, defesa prevista para 2019.

h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa, incluindo número do processo, se pertinente.

Não há.

Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos Centros de Especialidades Odontológicas.

RESUMO

OBJETIVO: analisar os serviços especializados de atenção à saúde bucal para pessoas com deficiência, atendidos pela especialidade de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE). **MÉTODOS:** Estudo transversal, com dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), 2014. **RESULTADOS:** Foram avaliados 932 serviços brasileiros: 10,2% não contavam com atendimento PNE, 30,4% apresentavam acessibilidade física e 59,7% contavam com referência para atendimento hospitalar. A maioria garantia tratamento completo. Apenas um terço dos CEO ofertavam 40 horas semanais de atendimento PNE. **CONCLUSÃO:** Apesar da obrigatoriedade e dos incentivos financeiros específicos, a assistência odontológica à pessoa com deficiência apresenta limitações. Os serviços precisam eliminar as barreiras físicas e atitudinais para garantir acessibilidade universal. Protocolos baseados em classificação de risco são necessários, priorizando atendimento no CEO dos casos complexos, não atendidos na atenção básica e organizando a rede de cuidados em saúde bucal da pessoa com deficiência.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência; Assistência Odontológica, Serviços de Saúde; Avaliação em Saúde; Estudos Transversais.

ABSTRACT:

OBJECTIVE: to analyze the specialized services of oral health care for people with disabilities, attended by the specialty of Special Care Dentistry (SCD). **METHODS:** A cross-sectional study with data from the Program for Improving Access and Quality of Dental Specialties Centers (PMAQ-CEO), 2014. **RESULTS:** A total of 932 Brazilian services were evaluated: 10.2% did not have SCD, 30.4% had physical accessibility, 59.7% had reference to hospital care and most guaranteed complete treatment. Only a third of the CEOs offered 40 hours per week of SCD. **CONCLUSION:** Despite the mandatory and specific financial incentives, dental care for people with disabilities has limitations. Services need to eliminate physical and attitudinal barriers to ensure universal accessibility. Protocols based on risk classification are necessary, prioritizing the attendance in the CEO of the complex cases, not attended in the primary care and organizing the dental health care network of the people with disabilities.

Keywords: Disabled Persons; Dental Care for Disabled; Health Services; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Cross-Sectional Studies.

RESUMEN

OBJETIVO: analizar los servicios especializados de atención a la salud bucal para personas con discapacidad, atendidos por la especialidad de Odontología para Pacientes con Necesidades Especiales (PNE). **MÉTODOS:** Estudio transversal, con datos del Programa de Mejora del Acceso y Calidad de los Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), 2014. **RESULTADOS:** Se evaluaron 932 servicios brasileños: 10,2% no contaban con atención PNE, 30,4% con una accesibilidad física y 59,7% contaban con referencia para atención hospitalaria. La mayoría de la garantía de tratamiento completo. Sólo un tercio de los CEO ofrecían 40 horas semanales de atención PNE. **CONCLUSIÓN:** A pesar de la obligatoriedad y de los incentivos financieros específicos, la asistencia odontológica a la persona con discapacidad presenta limitaciones. Los servicios necesitan eliminar las barreras físicas y actitudes para garantizar la accesibilidad universal. Los protocolos basados en clasificación de riesgo son necesarios, priorizando la atención en el CEO de los casos complejos, no atendidos en la atención básica y organizando la red de atención en salud bucal de la persona con discapacidad.

Palabras-clave: Personas con Discapacidad; Atención Odontológica; Servicios de Salud; Evaluación em Salud; Estudios Transversales.

INTRODUÇÃO

O atendimento odontológico para pessoas com deficiência é um direito e deve ser garantido pelo Estado. Os recursos legais são necessários em função das iniquidades em saúde apresentadas pelas pessoas com deficiência. Piores condições de saúde geral¹ e de saúde bucal², dificuldade em encontrar profissionais disponíveis para atendimento³, aliado a piores condições de vida⁴ faz com que a atenção à saúde bucal das pessoas com deficiência seja prioridade entre as ações em saúde. A questão financeira aparece como uma das principais barreiras de acesso encontradas pelas pessoas com deficiência^{5,6}, o que corrobora a necessidade de acesso e a adequação dos serviços públicos de saúde no Brasil.

Pessoa com deficiência (PcD) é aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. O Brasil, em consonância com a Organização Mundial da Saúde (OMS), orienta a avaliação médica e social da deficiência, considerando os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação do desempenho das atividades e a restrição de participação segundo suas especificidades⁷.

A Rede de Cuidados para a Pessoa com Deficiência no Brasil foi instituída em 2012, com os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) participando da rede e contribuindo para a melhoria nos níveis de saúde desta população⁸. Por meio de incentivo financeiro específico para o atendimento integral da pessoa com deficiência⁹ e capacitações para os profissionais da rede de saúde bucal¹⁰, buscou-se ampliar o cuidado e reduzir as dificuldades de acesso das pessoas com deficiência aos serviços odontológicos.

Os serviços de saúde devem ser organizados em rede, com níveis crescentes de atenção e complexidade¹¹. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos públicos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. O atendimento a pacientes com necessidades especiais, incluindo as pessoas com deficiência, estão entre as especialidades mínimas para o credenciamento do CEO¹². Cabe salientar que o CEO não se constitui um centro de especialistas e sim de especialidades, por isso a não obrigatoriedade dos profissionais cursarem a especialidade para trabalhar no CEO.

A maioria das pessoas com deficiência pode ser atendida na atenção básica e apenas os casos mais complexos devem ser encaminhados à atenção especializada¹³. No entanto, muitos profissionais não se sentem aptos ao atendimento^{3,14} e por isso referenciam aos serviços especializados. Essa conduta faz com que o CEO atenda casos que poderiam ser solucionados na atenção básica, aumentando a fila de espera para atendimento dos usuários que de fato necessitam de atenção especializada. Desta forma, é necessário que todos os níveis de atenção estejam preparados para acolher e atender as pessoas com deficiência, garantindo acesso universal e integralidade da atenção.

Diante da existência de poucos estudos no Brasil sobre a atenção especializada^{15,16} e da ausência de pesquisas quanto à maneira como a rede de cuidados em saúde bucal para pessoas com deficiência está delineada percebe-se a necessidade de estudos sobre o tema. O objetivo deste artigo é analisar os serviços especializados de atenção à saúde bucal para pessoas com deficiência, atendidos pela especialidade de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE)..

MÉTODOS

Contexto

Estudo observacional transversal a partir de dados do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), cujo objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)¹⁷. A pesquisa foi realizada em todo o território nacional, nas cinco macrorregiões, avaliando tanto os serviços lotados nas capitais quanto no interior. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2014, com instrumento padronizado e testado previamente, utilizando computadores portáteis do tipo *tablet*.

Participantes

As informações referentes ao CEO foram coletadas por meio de entrevistas com dois profissionais por serviço, sendo um o Gerente do CEO ou o profissional que agregava o maior conhecimento sobre o processo de trabalho do serviço, e o outro um cirurgião-dentista, de qualquer especialidade, que estivesse presente no momento da avaliação. Não podendo ser o mesmo profissional para ambas as partes.

Variáveis

Todas as variáveis utilizadas foram coletadas na avaliação externa do PMAQ-CEO. As informações de interesse do módulo I (Observação no CEO) foram as relacionadas à estrutura do serviço. Do módulo II (Entrevista com gerente e cirurgião-dentista do CEO), foram sobre processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Viés

Quanto ao viés de informação e aferição, foi utilizado o mesmo instrumento para coleta de dados por todos os entrevistadores, que passaram por treinamento. O formulário eletrônico também foi programado para fazer a crítica das respostas, evitando digitação inadequada.

Tamanho do estudo

Os CEOs habilitados pelo Ministério da Saúde em 2013 (momento da adesão ao PMAQ-CEO) receberam a visita do avaliador externo, constituindo um censo (sem processo de amostragem) de todos os serviços no Brasil. Foram excluídos os CEO que estavam fechados, em reforma, que foram desabilitados pelo Ministério da Saúde ou que recusaram a participar da etapa de Avaliação Externa.

Métodos estatísticos

Os dados foram tabulados e analisados no software de estatística SPSS versão 18.0. As variáveis quantitativas foram descritas na forma de média e respectivos desvios-padrão ou mediana e percentis, enquanto as variáveis categóricas foram descritas na forma de frequência absoluta e relativa.

Aspectos éticos

A avaliação externa do PMAQ-CEO seguiu as exigências da Declaração de Helsinque e foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o registro nº 740.974 e CAAE 23458213.0.0000.5208. No momento da entrevista, todos os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Todos os 984 CEOs habilitados em 2013 receberam a visita do avaliador externo. Foram excluídos da pesquisa 52 (5%) CEO, de acordo com os critérios de exclusão anteriormente apresentados, totalizando 932 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) não estão distribuídos uniformemente pelo Brasil, com uma concentração dos serviços na região Nordeste (38,3%) e Sudeste (36,3%). As regiões Norte e Centro-Oeste contam com cerca de 6% cada e a região Sul corresponde a 12,4% dos CEOs do país. Apesar de ser uma das especialidades obrigatórias do CEO, 10,2% dos serviços não contavam com profissionais para o atendimento desta especialidade e apenas 33,8% dos estabelecimentos ofertam 40 horas semanais ou mais de atendimento clínico para a especialidade de PNE (tabela1). Dentre os serviços que não ofereciam atendimento de PNE, 51,6% estavam localizados no Nordeste, 27,4% no Sudeste, 10,5% no Norte, 8,4% no Sul e 2,1% no Centro-Oeste do Brasil.

A acessibilidade aos serviços pode ser alcançada através de facilitadores de acesso físico, como rampas ou corredores adaptados, que garantam a utilização dos serviços por pessoas com deficiência em igualdade de condição. No entanto, apenas 30,4% dos estabelecimentos apresentam acessibilidade física adequada (disponibilidade de cadeira de rodas, corredores e portas adaptados à cadeira de rodas e rampa com corrimão) e menos da metade dos serviços (n=473, 46,9%) conta com rampa com corrimão, recurso muito necessário para idosos e pessoas com mobilidade reduzida (tabela 1).

A qualidade do cuidado está também relacionada com o processo de trabalho e a organização da demanda. A maioria dos serviços (73,4%) recebe pacientes encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde e 57,5% contam com protocolos de encaminhamento UBS-CEO definidos. Quanto à referência para atenção terciária, 59,7% dos CEOs contam com

referência hospitalar para atendimento com anestesia geral e para estes serviços, não há demanda reprimida. Os pacientes atendidos pela especialidade PNE tem garantia de tratamento completo em 76,6% dos serviços (tabela 2).

Os serviços atendem usuários com diversas “necessidades especiais”, como usuários com distúrbios de comportamento (92,8%), com movimentos involuntários (89,0%), com deficiência sensorial ou física (90,0%), autistas (84,1%), diabéticos, cardiopatas e idosos (87,1%), pessoas que convivem com HIV (78,8%) e gestantes e bebês sem limitação (69,9%) (tabela 3).

DISCUSSÃO

Apesar de ser uma especialidade obrigatória, nem todos os serviços contavam com esses profissionais e somente um terço dos CEO ofertavam 40 horas semanais de atendimento PNE. Ainda assim, a maioria garantia tratamento completo aos seus usuários, incluindo referência para atendimento hospitalar.

Este estudo demonstra de forma original que a rede de cuidado para pessoas com deficiência está sendo formada, mas ainda existem lacunas e falta acessibilidade em quase dois terços dos serviços implantados. O crescimento exponencial de serviços especializados em saúde bucal, em menos de 15 anos, tem reduzido a demanda reprimida de modelos de saúde mutiladores e excludentes^{18,19}, contudo, há um longo caminho a percorrer.

Em 2012, o Ministério da Saúde instituiu adicional nos incentivos financeiros de custeio mensal para os CEO garantirem o cuidado a pessoas com deficiência, bem como a referência e contra referência para as Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica²⁰. Entretanto, em 2014, apenas 250 (24,3%) CEO haviam aderido a Rede e recebiam o incentivo

financeiro da rede para pessoas com deficiência²¹. Dentre os compromissos mínimos para receber o incentivo estão: a disponibilização de 40 horas semanais, no mínimo, para atendimento exclusivo a pessoas com deficiência; realizar apoio matricial para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica; manter a produção mensal mínima e alimentar o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), utilizando como instrumento de registro o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) para todos os procedimentos realizados em pessoas com deficiência; garantir condições de acessibilidade e mobilidade nas instalações do CEO para pessoas com deficiência; e contar com profissionais de saúde bucal capacitados para o atendimento odontológico de pessoas com deficiência²⁰.

O incentivo financeiro foi criado em função da baixa cobertura populacional, da insuficiente oferta de serviços com estrutura e funcionamento adequados para o atendimento à pessoa com deficiência. O Estado percebeu a necessidade de expandir o acesso e de superar barreiras aos serviços de saúde à pessoa com deficiência e busca meios de reduzir as iniquidades em saúde desta parcela da população²⁰. É necessário refletir porque mais gestores não reivindicaram o recebimento da verba para ampliar o atendimento, pois todos os CEO credenciados pelo Ministério da Saúde podem solicitar o incentivo adicional. Além do desconhecimento do recurso, é possível que os gestores não encontrem profissionais capacitados para o atendimento em seus municípios ou ainda não consigam adequar a estrutura física dos serviços para garantir a acessibilidade universal. Mais estudos são necessários para melhor compreensão quanto à baixa adesão dos CEO à Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência e estratégias que possam facilitar a adesão dos gestores.

Os serviços públicos de saúde devem estar preparados para receber e acolher, com acesso universal e equitativo todos os usuários, em especial os grupos com maior

vulnerabilidade social. As pessoas com deficiência por apresentarem menores níveis socioeconômicos e de piores condições de saúde¹ deveriam ser o público alvo destes serviços, com adequação física dos estabelecimentos e capacitação dos profissionais de saúde. Esta situação está presente tanto na atenção básica^{22,23} quanto nos serviços de atenção especializada, como nos resultados apresentados. Grande parte dos serviços (73,2%) está localizada em prédio próprio¹⁷, o que permite com que os gestores realizem as alterações necessárias para garantir o acesso universal. Importante ressaltar que o CEO é o serviço de referência para os casos de deficiência mais complexos e por isso a remoção de barreiras físicas e de comunicação é necessária.

A maioria das pessoas com deficiência (PcD) podem ser atendidas por cirurgiões-dentistas generalistas, na Atenção Básica, devendo ser encaminhados para atendimento especializado somente os casos mais complexos²⁴. Essa premissa também foi adotada pelo Ministério da Saúde, que orienta o encaminhamento à atenção secundária dos casos que não permitiram atendimento clínico ambulatorial convencional. No entanto, não há protocolo ou manual disponibilizado pelo Ministério da Saúde para a organização da demanda para a especialidade de PNE. Há apenas uma sugestão de fluxograma para referência, entre Atenção Básica e Especializada, das pessoas com necessidades especiais¹³. No Manual de Especialidades em Saúde Bucal, lançado em 2008, esta especialidade não foi incluída, pois seria elaborado um documento específico para a temática, que ainda não foi publicado. Poucas pesquisas sobre a rede de referência e contra referência em saúde bucal existem, mas não abordam a especialidade PNE^{22,25}. Esta falta de protocolos bem delineados e de pesquisa envolvendo o cuidado em saúde bucal para pessoas com necessidade especial é também encontrado neste trabalho, pois somente 57% dos serviços conta com protocolos de encaminhamento atenção básica-CEO.

Para o adequado funcionamento da rede, o nível terciário (hospitalar) deve estar disponível para os poucos casos que não podem ser atendidos em ambiente ambulatorial. Em 2010, o Ministério da Saúde criou o procedimento Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais realizado sob sedação e/ou anestesia geral em ambiente hospitalar²⁶. Para os casos mais complexos, como homens adultos com deficiência intelectual ou transtorno mental que não permitem atendimento ambulatorial, o atendimento hospitalar possibilita o cuidado em saúde²⁷. No Brasil, em 2012, 57,8% das internações geradas para tratamento odontológico em pacientes com necessidades especiais foram de procedimentos clínicos e somente 13,29% de exodontia de dentes permanentes, demonstrando um modelo de saúde mais preventivo e restaurador²⁸.

O tempo de espera para atendimento foi pequeno, com mais da metade dos serviços indicando que os usuários eram atendidos em média uma semana depois de serem encaminhados. Esse resultado um importante indicador de acesso e adequação do serviço à demanda. A garantia de atendimento completo para PNE foi relatada por 76% dos serviços, podendo ser o reflexo de esforços para a manutenção ou o restabelecimento da saúde bucal das pessoas com deficiência atendidas no serviço. Como no CEO os profissionais que atendem PNE realizam procedimentos de atenção básica, estes usuários muitas vezes não são reencaminhados para as unidades básicas de saúde e a equipe especializada fica como responsável pelo cuidado do usuário.

A Odontologia considera como paciente com necessidades especiais todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional²⁹. Essa definição bastante ampla pode dificultar a

organização da demanda de atendimentos. A maioria dos serviços atendem usuários com diversas “necessidades especiais” e todas essas condições clínicas estão elencadas como indicações para o atendimento pela especialidade PNE pelo Ministério da Saúde¹³. No entanto é necessário analisar se de fato elas precisam ser atendidas no CEO ou se não seriam adequadamente acompanhadas na Atenção Básica. Neste sentido, a demanda do CEO para PNE deve ser organizada respeitando a prioridade de atendimento das pessoas com deficiência³⁰, levando em consideração protocolos baseados em classificação de risco e vulnerabilidade.

O atendimento a gestantes e bebês sem limitação, por exemplo, realizado por 69,9% dos serviços acaba por utilizar horários da agenda que poderiam ser mais bem aproveitados por pessoas com deficiência que não permitem o atendimento na atenção básica e necessitam do atendimento especializado. Há que se questionar como está o atendimento na atenção básica, afinal grupos que tradicionalmente deveriam ser atendidos na ESF estão sendo referenciados para o CEO. Isto pode sugerir uma falta de preparo dos profissionais da ESF para lidar com esse problema ou a falta de estruturação desta rede de atenção.

Este estudo apresenta como limitações a impossibilidade de inferência causal, em função do delineamento transversal; a utilização de dados secundários à coleta do PMAQ-CEO e a não identificação dos 54 CEO que não participaram da avaliação externa do PMAQ. Como ponto forte, este é o primeiro artigo que retrata, em nível nacional, o perfil dos CEO com o enfoque direcionado às pessoas com deficiência, apresentando as interfaces da atenção secundária com os demais níveis de atenção da rede de cuidado em saúde bucal.

Após uma década do início da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil, percebe-se uma melhora significativa no acesso e na atenção

especializada em saúde bucal. Os serviços precisam ser melhor distribuídos regionalmente, além de avançar na eliminação de barreiras físicas e atitudinais para garantir a acessibilidade universal. Mesmo com políticas de incentivo financeiro, apenas um terço dos CEO ofertam 40 horas semanais de atendimento clínico para PNE. Percebe-se a necessidade de protocolos para referência e contra referência com foco na pessoa com deficiência baseado em classificação de risco, priorizando o atendimento no CEO dos casos mais complexos, que não podem ser atendidos na atenção básica, bem como a necessidade de garantir serviços hospitalares de referência para aqueles casos de impossibilidade de atendimento ambulatorial.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:

Macarevich A e Hilgert JB contribuíram na concepção e delineamento do artigo, análise e interpretação dos dados e redigiram a primeira versão do manuscrito. Lucena EHG, Figueiredo N e Goes PSA contribuíram na análise e interpretação dos dados e revisaram criticamente o manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: EDPcD, 2012. 334p.
2. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist*. 2010 May-Jun; 30(3):110-17.
3. Leal Rocha L, Saintrain MVL, Vieira-Meyer APGF. Access to dental public services by disabled persons. *BMC Oral Health*. 2015 Mar 13; 15(35).
4. Braithwaite J, Mont D. Disability and poverty: A survey of World Bank Poverty Assessments and implications. *Alter*. 2009; 3: 219-32.
5. Rouleau T, Harrington A, Brennan M, Hammond F, Hirsch M, Nussbaum M, Bockenek W. Receipt of dental care and barriers encountered by persons with disabilities. *Spec Care Dentist*. 2011 Mar; 31(2): 63-7.
6. Steinberg, B.J. Issues and Challenges in Special Care Dentistry. *J Dent Educ*. 2005 Mar. 69(3): 323-4.
7. Brasil. Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012.
9. Brasil. Portaria no. 1.341, de 29 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. Brasília, 2012.

10. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília. 2013. 92 p.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010 Aug; 15(5):2297-305.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação MS-GM nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2017.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica 17. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008. 92 p.
14. Faulks D, Freedman L, Thompson S, Sagheri D, Dougall A. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. *Eur J Dent Educ*. 2012 Nov; 16(4):195-201.
15. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*, 2009 Feb; 25(2):259-67.
16. Saliba NA, Nayme JGR, Moimaz SAS, Cecilio LPP, Garbin CAS. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev. odontol. UNESP*. 2013 Oct; 42(5): 317-323.

17. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli P (Org). Relatório do 1º Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE/PMAQ/CEO). Resultados Principais. Recife: Editora UFPE, 2016. 97p.
18. Pucca GA Jr, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FC. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res*. 2015 Oct; 94(10):1333-7.
19. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde Debate*. 2009;33(81):64-71.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012.
21. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria Executiva. Datasus [acesso em set. 2017]. Informações de Saúde. Rede assistencial. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>
22. Martins KP, Costa TF, Medeiros TM, Fernandes MGM, França ISX, Costa KNFM. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Oct [citado em 28/12/2017]; 21(10): 3153-60.
23. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2009 Feb [citado em 28/12/2017]; 14(1): 39-44.
24. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 1. *Access. Br Dent J*. 2008 Jun14; 204(11): 605-16.

25. Scarparo A, Zermiani TC, Ditterich RC, Pinto MHB. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Colet*. 2015; 23(4): 409-15.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 1.032, de 05 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. *Diário Oficial da União* 2010; 5 mai.
27. Santos JS, Valle DA, Palmier AC, Amaral JHL, Abreu MHNG. Utilização dos serviços de atendimento odontológico hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais no SUS-MG, Brasil. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2015 Feb [citado em 28/12/2017]; 20(2): 515-24.
28. Lucena CDRX, Lucena EHG, Sousa MF, Mendonça AVM. Análise dos atendimentos odontológicos em pessoas com necessidades especiais em modalidade hospitalar no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2012. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*. 2013; 7(2):173-82.
29. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-63/2005. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Brasília, 2005.
30. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-167/2015. Normatiza o agendamento e o atendimento prioritário às pessoas portadoras de necessidades especiais ou mobilidade reduzida nas clínicas e consultórios odontológicos. Brasília, 2015.

TABELAS

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa das características estruturais e da equipe de PNE dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014.

	Frequência (n)	%	
Características estruturais	CEOs por macrorregião		
	Norte	60	6,4
	Nordeste	357	38,3
	Centro-Oeste	62	6,7
	Sudeste	337	36,2
	Sul	116	12,4
	Classificação do CEO		
	Tipo I	349	37,4
	Tipo II	474	50,9
	Tipo III	199	11,7
	Quantidade CD-PNE por CEO		
	0	95	10,2
	1	553	59,3
	2	203	21,8
	3 ou mais	81	8,7
Carga horária semanal CD-PNE			
0h	95	10,2	
<20h	117	12,5	
20-39h	405	43,5	
≥40h	315	33,8	
Acessibilidade	Corredores adaptados	717	76,9
	Portas adaptadas	728	78,1
	Cadeira de rodas	548	58,8
	Rampa com corrimão	473	46,9
	Acessibilidade física		
	Sem facilitadores	86	9,20
Algum facilitador	563	60,4	
Todos facilitadores	283	30,4	

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa das características da organização e do processo de trabalho dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014.

		Frequência	%
Referência AB	Cotas encaminhamento (PNE)	166	17,8
	CEO recebe referência da UBS (PNE)	683	73,4
	Protocolo encaminhamento UBS-CEO (PNE)	535	57,5
Referência atenção hospitalar	Referência hospitalar - atendimento sob anestesia geral	555	59,7
	Organização vagas para atenção hospitalar		
	Sistema de cotas	121	13
	Sem número limitado	366	39,4
	Outros	68	7,3
	NA	375	40,3
	Demanda reprimida para atendimento hospitalar		
	Sim	110	11,8
	Não	410	49,1
	Não sabe informar	35	3,8
	Não realiza atendimento hospitalar	375	40,3
	Média mensal de atendimento hospitalar		
	1 a 4	504	54,2
	5 a 8	35	3,8
Mais de 8	16		
Não realiza atendimento hospitalar	375	40,3	
Atendimento CEO	Tempo de espera para atendimento PNE		
	Até uma semana	527	56,7
	De 8 a 15 dias	155	16,7
	Mais de 15 dias	164	17,6
	Não sabe/Não respondeu	84	9
	Garantia de tratamento completo PNE	712	76,6

Tabela 3 - Perfil usuários atendidos pela especialidade Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, relatado pelos profissionais do CEO, Brasil, 2014.

	Frequência	%
Distúrbios de comportamento	863	92,8
Deficiência sensorial ou física sem distúrbio de comportamento	837	90,0
Movimentos involuntários	828	89,0
Diabéticos, cardiopatas, idosos	810	87,1
Autista	782	84,1
HIV positivos	733	78,8
Gestantes e bebês sem limitação	650	69,9

4.4 ARTIGO 4: Dental service utilization by people with and without disability in Brazil

O Artigo 4 está redigido de acordo com as instruções do periódico Community Dentistry and Oral Epidemiology.

Dental service utilization by people with and without disability in Brazil

Macarevich A; Pilotto LM; Celeste RK; Hilgert JB

ABSTRACT

OBJECTIVE: Evaluate associated factors of dental service utilization by people with and without disability, and to test differences in use between them. **METHODS:** Cross-sectional study with public data obtained from the Brazilian National Health Survey 2013. Main exposure variable was "Disability" and outcome was "Dental services utilization, categorized in "In the last twelve months" or "More than a year or never consulted". Independent variables were selected using an adapted theoretical model of Andersen and Davidson for health service utilization according to the four groups of variables proposed: exogenous variables, primary determinants of oral health, health behaviors and oral health conditions. The analysis was based on hierarchical approach, stratified by "disability (yes/no)" with multiple logistic regression (stepwise backward method). Interaction terms among disability variable and covariates were tested in logistic regression models. **RESULTS:** Determinants of dental utilization were similar among people with disability and person without disabilities. In the crude model, disabled had less dental service utilization but when adjusted by health behaviors and oral health conditions blocks the difference was no longer significant. **CONCLUSIONS:** Regular dental service utilization was low among Brazilian population and no difference in the dental service utilization between people with and without disabilities was found. However, this may be the fact that people with disabilities have worse oral health conditions, especially edentulism, so consult less the dentist. Therefore, it is necessary to maintain and qualify public policies, with special attention to the cases with severe limitation due to disability, since they have greater difficulty in dental service utilization.

KEYWORD: Disabled Person; Dental Care; Dental Health Services; Health Care Quality, Access, and Evaluation

INTRODUCTION

Access can be defined as the real use of health services and include factors that facilitate or make it difficult to get the right service at the right time to promote better health outcomes¹. Access to health services is related to the timely use of services according to need, being one of the main components for obtaining quality of care².

People with disability experienced specific and worse challenges in obtaining high quality health care than non-disabled persons³. Disabled individuals show less dental examinations, delay and difficulties in obtaining needed dental care⁴. Adults with disabilities were less likely to visit a dentist in the previous year than people without disabilities⁵.

High burden of oral diseases are presented in adults with intellectual and developmental disabilities, even among those receiving regular dental care. The prevalence of unmet need is higher in people with disabilities in both developed⁶ and developing countries⁷. Studies carried out in Brazil with convenience samples found similar results and agree with international research, with high prevalence of caries and periodontal disease, greater need for extraction and more difficulty in treatment needs⁸⁻⁹. Studies using data from national surveys with representative samples from general population are required.

The demand for health services, including dental care, appears to be paradoxically lower among disabled than non-disabled people. It could be that differential socioeconomic conditions, lack of knowledge about availability of health services, lack of trained professionals for this specific population, or access and communication barriers¹⁰⁻¹¹. The presence of other health conditions and cost/lack of insurance may also influence the delay and foregoing necessary care¹². Therefore, the aim of this study was to evaluate the associated factors of dental service utilization by people with and without disability in Brazil, and to test differences in use between them.

METHODS

Design and context

Cross-sectional study with public data obtained from the Brazilian National Health Survey (in Portuguese, Pesquisa Nacional de Saúde – PNS), a household-based and nationwide survey, whose main objective was to describe the health situation and lifestyles of

the Brazilian population¹³. The PNS was approved by the National Commission for Ethics in Research in June 2013, under the number 328,159.

Sample size and selection

The PNS sample was representative for Brazil, geopolitical macro-regions, States, metropolitan regions and States capitals. To minimize selection bias, complex sample with three stages were performed. The first stage was census tract, the second was the households, and residents 18 years of age or older define the third stage. Details regarding the process of sampling and weighting are available in a prior publication¹⁴.

Data collection

Data were collected in 2013 by Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) in partnership with the Ministry of Health. All field staff was trained to use PDA (Personal Digital Assistance) for a questionnaire interview and to perform anthropometric and blood pressure measurements¹³. The questionnaire used was subdivided into three modules: the households characteristics (module I); the residents of the household characteristics (module II); and the individual characteristics (module III). Modules I and II providing information about the household and all residents' socioeconomic and health status and were answered by the resident of the household that holding this information at the time of the interview. For the individual questions, one adult resident (18 year of age or more) was randomly selected to answer about himself/herself, not allowing another resident to respond for him¹⁴, except in cases were the selected resident has intellectual disability¹⁵.

Participants

The population surveyed comprised residents in permanent private households throughout the country, except in the special census tracts (military area, camps, boats, penitentiaries, prisons, asylums, orphanages, convents and hospitals). A total of 60,202 selected resident answered the interview from 69,954 inhabited households. The non-response rate was 14% for selected resident¹⁴.

Main Variables

The main exposure variable, disability, was created by summing positive answers (yes) of four variables: a) "Do you have intellectual disability?"; b) "Are you physically disabled?"; c) "Are you hearing impaired?"; d) and "Do you have visual impairment?" If the individuals answer "yes" to any of those questions, they were classified as disabled.

The outcome variable was the "dental health services utilization", through the question "When did you last visit a dentist?" The response options were: a) In the last twelve months; b) From 1 year to less than 2 years; c) From 2 years to less than 3 years; d) 3 years or more; e) Never went to the dentist. The response options were dichotomized as: "In the last twelve months", as regular dental service utilization, versus any other options.

The independent variables were selected using an adapted version of theoretical model developed by Andersen and Davidson (1997)¹⁶ for health service utilization. 1st block: Exogenous variables included race (white, black/brown["pardo"]) and age (18-59y for adults, 60y and over for aged); 2nd block: Primary determinants of oral health comprises the variables of the external environment measured by the general health self-assessment (good, regular, bad), presence of chronic diseases and related limitation (without disease, ill without limitation, ill with limitation), limitation related to disability (without limitation, light limitation, severe limitation) and the variables of the personal characteristics measured by sex (male, female), equivalized household categories of minimum wage (MW) (0-1MW, 1-2MW, +2MW), educational level (illiterate, incomplete elementary school, completed elementary school, completed secondary school or higher), and the variables of the health care system (register in family health strategy [yes, no] and having medical or dental private health plan [yes, no]) and place of residence (urban, rural); 3rd block: Health behaviors measured by oral hygiene practices with dental floss, toothbrush and toothpaste (yes, no), consumption of candy or soda every day (yes, no), eat fruits and vegetables every day (yes, no), physical activity (never do, less than 3 times a week, 3 or more times a week), tobacco (smoker, ex-smoker, non smoker) and alcohol consumption (yes, no); 4rd block: Oral health conditions measured by the variables functional dentition (lost all teeth, has between one and 19 teeth, has 20 teeth or more) and dental prosthesis use (no need, do not use, partial prosthesis, upper/lower or double total prosthesis), oral health self-assessment (good, regular, bad) and difficulty in chewing (yes, no). Family Health Strategy is an approach for delivering primary care to geographically ascribed populations through interdisciplinary health teams¹⁷.

Statistical methods

The analysis was based on the hierarchical approach by Victora et al (1997)¹⁸ for multivariate data analyses. Bivariate analyses were performed stratified by disability status between dental service utilization and covariates to test their association using Pearson's chi-squared test incorporating the sampling complex design. Variables that presented with $p < 0.10$ in bivariate analysis were considered for the multivariable regression analysis. Multiple logistic regression (stepwise backward method) was used for inclusion of the independent variables within each block. Variables with $P < 0.05$ in previous block were kept for the next hierarchical models. Interaction terms among disability variable and all covariates were tested in logistic regression models.

The fit of each model was assessed using AIC (Akaike Information Criteria, lower values indicating better fit), and the residual of the final model was also assessed. The data were analyzed in software R version 3.1.0 using the Survey package.

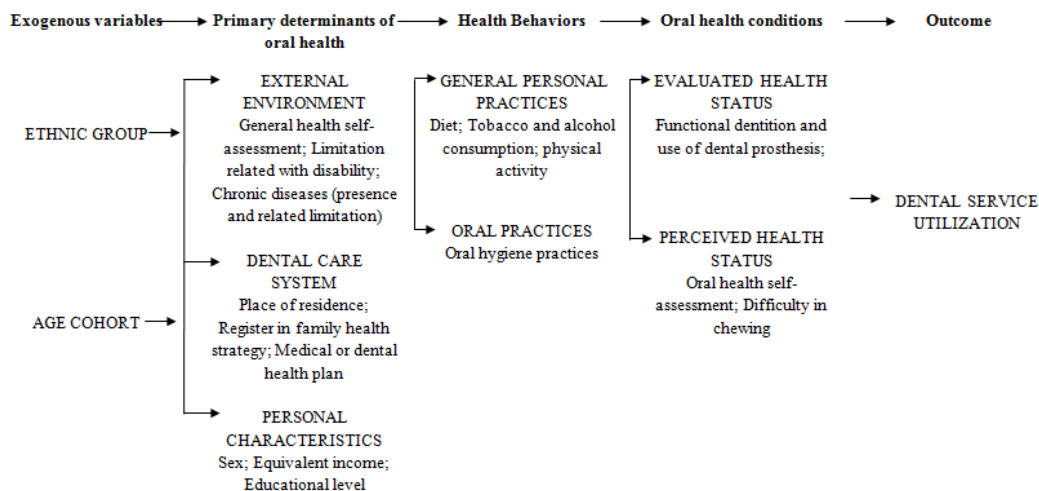


Figure 1: Model of analysis based on the theoretical model of Andersen and Davidson (1997)¹⁶, for evaluation of dental service utilization.

RESULTS

Data were available for 60,202 selected residents, 5,524 people with disability (PD), a prevalence of 9.2% of any disability in general population. The mean age of the study participants was 55.43 years (SD=17.47) for disabled and 42.09 years (SD=16.10) for people without disability (PwoD). Around one-third of PD consulted the dentist in the last year, while 44.5% of PwoD had dental visit in the same period. Women, adults, white individuals and those who had higher educational level and higher income showed more dental visit in both groups. However, people with disability had lower educational level and lower household income than PwoD. The health conditions were better in the group without disability, with better self-assessment of health, less prevalence and limitations related with chronic conditions. The disparities were great in behaviors and oral health conditions and people with disability had worse conditions. Those had great oral health self-assessment, hygiene practice, functional dentition and less difficulty in chewing had more dental visit in the previous year in both groups. More details of the sample are described in Table 1.

Interaction between disability and all covariates were assessed in multiple logistic regression models to dental service utilization in the previous year (Table 2). The results showed that the models are equivalent and, after adjustment, all interaction terms were $p > 0.01$. Thus, the model of determinants factors that influences the dental service utilization is similar for people with and without disability. The fact that we have more significant variables in the model for people without disability can be explained by the larger sample in this group.

Table 3 presents the results of the multivariable analyses using the hierarchical approach with four blocks to control confounding factors. Therefore, only the odds ratio of the main exposure were presented to avoid extensive tables. In the crude model, significant difference in the last dental visit was found between person with and without disability, with more frequency among person without disability (OR=1.61, 95%CI=1.45-1.79). However, this association lost significance when adjusted by the four variable blocks, mainly health behaviors (3rd Block) and oral health conditions (4th Block). All variables of the first block remained in the model and were associated with the dental services use in the previous year for both groups, white and adults used more the service than black/brown and older people. In the second block, register in the health strategy family was not associate for service use and the variable was removed the model. When the model was adjusted by the behaviors variables, the difference in the last dental visit between person with and without disability lost

statistically significance (OR=1.25, 95%CI=0.99-1.59). In this block, the variable alcohol consumption was removed from the model because it had no statistical significance. With the addition of the fourth block, the difference in the use of services between PD and PwoD continued to lose significance (OR=1.18, 95%CI=0.93-1.51). The model without interactions showed better fit than the model with them.

DISCUSSION

The results of this study showed that regular dental service utilization was low in both groups and the determinants factors of utilization were similar among disabled and no disabled people. In the crude model, disabled had less dental service utilization but when adjusted by health behaviors and oral health conditions, the difference lost significance. This is an important national study that aimed to evaluate access to health services in Brazil. Differently from other epidemiological studies¹⁹, disabled persons were not excluded and this allowed to compare dental service utilization with non disabled person in this representative sample.

This article had some limitations. It is a cross-sectional study and we cannot make causal inferences. But the results could be extrapolated to other developing countries with similar characteristics. Another limitation is that the clinical examination was not performed to evaluate oral conditions by professionals, working only with the information obtained by interview. It is important to note that high agreement between self-perception and clinical evaluation of dental treatment needs has been demonstrated²⁰. In addition, individuals' perception of their own health is a factor that interferes with their use and needs to be considered by professionals and managers in decision making²¹.

Another important factor is that PNS did not include institutionalized people with disability in the sample, and the literature has already shown that oral health conditions and need for treatment are worse in these individuals²². In addition, for multivariate analysis, we chose to aggregate all types of disability into a single group. However, it is known that the difficulties encountered by people with sensory impairment (visual or hearing impairment) are lower when compared to people with severe intellectual or physical disabilities, with a high degree of limitation and this is also reflected in general and oral health conditions²³⁻²⁴.

This study evaluated the dental services utilization between these groups and no significant difference was found at the final adjusted model. Studies conducted in the United States showed less dental service utilization by people with intellectual disabilities²⁵ and by physical and intellectual disabilities²⁶, but also, after adjusting for sociodemographic, economic and health status variables, the statistical difference between groups was lost. Different results were found by other authors that also compared dental service utilization among person with and without disability. Horner-Johnson (2015) found less dental examination and delayed in obtain needed dental care in USA⁴ confirming the same results in other study in the same country⁵. However, none of these studies analysed factors other than socioeconomic and demographic conditions. Differences between the type of disability and dental care utilization were also found. One study showed less dental care among people with physical disabilities and more dental service utilization among with intellectual disabilities, surprising even the authors²⁷.

Limitation related with disability is an important factor associated with oral conditions and dental service utilization. Level of intellectual disability and co-occurring multiple disabilities were related to worse oral health^{22,24}. These cases of greater complexity and limitation must be attended by professionals qualified for special care. In Brazil, specialized care is offered by Dental Specialties Centers. Greater difficulty could be linked with unprepared professionals to care for people with disabilities as these dental visits require specific handling and demand longer visits. The most severe cases require hospital care and not all municipalities rely on this type of care. Although most procedures performed at the hospital level for disabled person have been restorative treatments²⁸⁻²⁹, access to this level of care is still very low in Brazil. Additional possible cause could be the priority of other health necessities those families or caregivers have, like medical or physiotherapy appointments. In this case, dental visit became a priority only when disabled have pain or discomfort.

Most studies comparing people with and without disabilities address oral health status as an outcome, with worse outcomes in the disability group^{4,24} and our result is in agreement with them. It is known that edentulous people use less the dental service³⁰⁻³¹ and other studies confirm higher edentulism among disabled persons^{5,24}. It is possible that the treatment offered in the past to people with disabilities was more mutilating procedures or even if they seek the service when the case was already advanced and the dental extraction became the only

treatment to be executed. Self assessment, as well, was directly proportional related with health service use^{30,32}. Disabled was more likely to report poor health²⁷ and it is compatible with the high burden of dental needs.

Health behaviors also contributed for the loss of the statistically significant difference in access to health services between people with and without disabilities. This means that regardless of disability, people with healthier habits consult the dentist more frequently. It is possible that these behaviors are proxy of profiles more concerned with oral health, that use the service in a systematic way. Also, worse health patterns, like tobacco consumption and overweight, were found among adults²⁷ and family caregivers of children with disabilities³³ and these behaviors could influence dental service utilization.

The regular dental service utilization was low among Brazilian population and no difference in the dental service utilization between people with and without disabilities was found. The worst oral health conditions, especially edentulism, among disabled person could influence less consults to the dentist. Therefore, it is necessary to maintain and qualify public policies that guarantee the priority attendance and the actions in health for person with disability, with special attention to the cases with severe limitation due to disability, since those individuals have greater difficulty in dental service utilization. More comprehensive studies are necessary, possibly both quantitatively and qualitatively are needed to assess whether professionals and services are able and prepared to care for people with disabilities, especially the most serious cases of disability. In addition, it is important to study whether there is a difference in the use of services by types of disability (sensorial, physical, intellectual).

References

1. Andersen RM, Davidson PL. Improving access to care in america. Individual and Contextual Indicators. In Andersen RM, Davidson PL, Baumeister SE. *Changing the US health care system: key issues in health services policy and management*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 2014; 33-65.
2. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000; 51(11):1611-1625.
3. de Vries McClintock HF, Barg FK, Katz SP, et al. Health care experiences and perceptions among people with and without disabilities. *Disab Health J*. 2016; 9(1):74-82.
4. Horner-Johnson W, Dobbertin K, Beilstein-Wedel E. Disparities in dental care associated with disability and race and ethnicity. *J Am Dent Assoc*. 2015; 146(6):366-374.
5. Armour BS, Swanson M, Waldman HB, Perlman SP. A profile of state-level differences in the oral health of people with and without disabilities, in the US, in 2004. *Public Health Rep*. 2008;123(1):67-75.
6. Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc*. 2012; 143(8):838-846.
7. Purohit BM, Acharya S, Bhat M. Oral health status and treatment needs of children attending special schools in South India: a comparative study. *Spec Care Dentist*. 2010;30(6):235-241.
8. Oliveira JS, Prado Junior RR, de Sousa Lima KR, de Oliveira Amaral H, Moita Neto JM, Mendes RF. Intellectual disability and impact on oral health: a paired study. *Spec Care Dent*. 2013;33(6):262-268.
9. Cardoso A, Gomes L, Silva C, et al. Dental Caries and Periodontal Disease in Brazilian Children and Adolescents with Cerebral Palsy. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(1):335-353.
10. Nogueira GC, Schoeller SD, Ramos FRDS, Padilha MI, Brehmer LCDF, Marques AMFB. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos [Profile of people with physical disabilities and Public Policies: the distance between intentions and gestures]. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(10):3131-3142.
11. Faulks D, Freedman L, Thompson S, Sagheri D, Dougall A. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. *Eur J Dent Educ*. 2012; 16(4):195-201.

12. Reichard A, Stransky M, Phillips K, McClain M, Drum C. Prevalence and reasons for delaying and foregoing necessary care by the presence and type of disability among working-age adults. *Disabil Health J.* 2017;10(1):39-47.
13. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, et al. National Health Survey in Brazil: design and methodology of application. *Cienc Saude Coletiva.* 2014;19(2):333-342.
14. Souza-Júnior PRBD, Freitas MPSD, Antonaci GDA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saude*,2015;24(2):207-216.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Manual de Entrevista [National Health Survey 2013. Interview Guide]. 2013: 286p.
16. Andersen RM; Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res.* 1997;11(2):203–209.
17. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. *N Eng J Med.* 2015;372(23):2177-2181.
18. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.*1997;26(1): 224-227.
19. Alwadi MA, Baker SR, Owens J. The inclusion of children with disabilities in oral health research: A systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018; 46(3): 238-244.
20. Nascimento ARD, Andrade FBD, César CC. Factors associated with agreement between self-perception and clinical evaluation of dental treatment needs in adults in Brazil and Minas Gerais. *Cad Saude Publica.* 2016; 32(10). e00039115.
21. Moreira RD, Nico LS, Sousa MD. Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. *Cad Saude Publica.* 2009; 25:2661-71.
22. Petrovic BB, Peric TO, Markovic DL, Bajkin BB, Petrovic D, Blagojevic DB, Vujkov S. Unmet oral health needs among persons with intellectual disability. *Res Dev Disabil.* 2016;59:370-377.
23. Horner-Johnson W, Dobbertin K, Lee JC, et al. Disparities in chronic conditions and health status by type of disability. *Disabil Health J.* 2013; 6(4):280-286.
24. Lee JY, et al. Oral health status of the disabled compared with that of the non-disabled in Korea: A propensity score matching analysis. *PLoS ONE.*2019;14(1): e0208246.
25. Kancherla V, Braun KVN, Yeargin-Allsopp M. Dental care among young adults with intellectual disability. *Res Dev Disabil.* 2013;34(5): 1630-1641.

26. Reichard A, Stolzle H, Fox MH. Health disparities among adults with physical disabilities or cognitive limitations compared to individuals with no disabilities in the United States. *Disab Health J.* 2011;4(2):59-67.
27. Havercamp SM, Scott HM. National health surveillance of adults with disabilities, adults with intellectual and developmental disabilities, and adults with no disabilities. *Disabil Health J.* 2015;8(2):165-72.
28. Lucena CDRX, Lucena EHG, Sousa MF, Mendonça AVM. Análise dos atendimentos odontológicos em pessoas com necessidades especiais em modalidade hospitalar no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2012. [Analysis of dental care in people with special needs in hospital modality in the Unified Health System, Brazil, 2012] *Tempus Actas de Saúde Coletiva.* 2013; 7(2):173-182.
29. Savanheimo N, Sundberg SA, Virtanen JI, Vehkalahti MM. Dental care and treatments provided under general anaesthesia in the Helsinki Public Dental Service. *BMC Oral Health.* 2012;12(1), 45.
30. Silva AE, Langlois CD, Feldens CA. Use of dental services and associated factors among elderly in southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16:1005-16.
31. Baldani MH, Brito WH, Lawder JA, Mendes YB, Silva FD, Antunes JL. Individual determinants of dental care utilization among low-income adult and elderly individuals. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(1):150-62.
32. Machado LP, Camargo MB, Jeronymo JC, Bastos GA. Regular use of dental services among adults and older adults in a vulnerable region in Southern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2012;46(3):526-33.
33. Lee MH, Park C, Matthews AK, Hsieh K. Differences in physical health, and health behaviors between family caregivers of children with and without disabilities. *Disabil Health J.* 2017;10(4):565-70.

Table 1: Absolute and weighted relative frequency of the use of dental service in the previous year by disability group according to the independent variables, PNS 2013.

		Dental service in the previous year			
		Disabled people		People without disability	
		No n (%)	Yes n (%)	No n (%)	Yes n (%)
Exogenous Variables	N total	3671 (65.9)	1853 (34.1)	30875 (54.5)	23803 (45.5)
	Age				
	Adults (18-59y)	1894 (58.9)	1304 (41.1)	24463(51.8)	21364(48.2)
	Aged (60 y and over)	1777 (75.5)	549 (24.5)	6412 (69.2)	2439 (30.8)
	Race				
	White	1413 (59.4)	959 (40.6)	10982 (48.7)	10752 (51.3)
	Black/Brown	2198 (72.7)	854 (27.3)	19446 (60.2)	12645 (39.8)
Primary determinants of oral health	Sex				
	Male	1782 (67.4)	804 (32.6)	14213 (58.5)	9121 (41.5)
	Female	1889 (64.4)	1049 (35.6)	16662 (51.0)	14682(49.0)
	Educational level				
	Illiterate	1328 (81.6)	311 (18.4)	6062 (76.3)	1733 (23.7)
	Incomplete elementary school	1273 (71.0)	486 (29.0)	8980 (68.2)	3910 (31.8)
	Completed elementary school	408 (61.8)	233 (38.2)	4885 (55.5)	3689 (44.5)
	Completed secondary school or higher	662 (44.3)	823 (55.7)	10948 (41.6)	14471 (58.4)
	Equalized household (MW*)				
	0-1MW	1246 (72.7)	429 (27.3)	10413 (66.6)	5057 (33.4)
	1-2MW	1400 (74.2)	540 (25.8)	10942 (62.3)	6772 (37.7)
	+2MW	1025 (54.4)	882 (45.6)	9514 (43.1)	11971 (56.9)
	General health self-assessment				
	Very good/good	1265 (57.5)	921 (42.5)	19276 (50.3)	17679 (49.7)
	Regular	1663 (70.6)	688 (29.4)	9524 (62.2)	5322 (37.8)
	Very bad/bad	743 (74.7)	244 (25.3)	2075 (72.9)	802 (27.1)
	Chronic diseases and limitation				
	Without disease	1019 (63.6)	579 (36.4)	17284 (53.9)	13864 (46.1)
	Disease without limitation	757 (64.1)	447 (35.9)	6122 (52.1)	5206 (47.9)
	Disease with limitation	1895 (68.1)	827 (31.9)	7469 (58.4)	4733 (41.6)
Limitation related to disability					
Without limitation	1088 (56.8)	778 (43.2)	na	na	
Light limitation	1691 (68.3)	714 (31.7)	na	na	
Severe limitation	892 (75.3)	361 (24.7)	na	na	
Register in family health strategy					
Yes	2206 (69.6)	976 (30.4)	17001 (57.4)	12136 (42.6)	
No	1465 (60.3)	877 (39.7)	13874 (51.2)	11667 (48.8)	
Private health plan					
Yes	636 (50.6)	696 (49.4)	5719 (38.3)	9317 (61.7)	
No	3035 (71.5)	1157 (28.5)	25156 (61.7)	14486 (38.3)	

Cont. Table 1

		Dental Service in the previous year			
		Disabled people		People without disability	
		No n (%)	Yes n (%)	No n (%)	Yes n (%)
Health Behaviors	Place of residence				
	Urban	2794 (64.1)	1595 (35.9)	24137 (52.4)	20719 (47.6)
	Rural	877 (74.6)	258 (25.4)	6738 (68.1)	3084 (31.9)
	Fruits and vegetables consumption				
	Yes	589 (59.4)	464 (40.6)	3955 (42.0)	5160 (58.0)
	No	3082 (67.6)	1389 (32.4)	26920 (57.3)	18643 (42.7)
	Candy and soft drinks consumption				
	Yes	662 (58.6)	474 (41.4)	6370 (49.1)	6273 (50.9)
	No	3009 (68.3)	1379 (31.7)	24505 (56.5)	17530 (43.5)
	Tobacco				
	Smoker	585 (70.7)	236 (29.3)	4429 (66.4)	2084 (33.6)
	Ex-smoker	883 (72.2)	359 (27.8)	4482 (59.2)	2746 (40.8)
	Non smoker	2203 (62.4)	1258 (37.6)	21964 (51.7)	18973 (48.3)
	Alcohol consumption				
	Yes	602 (61.1)	417 (38.9)	7194 (51.4)	6377 (48.6)
	No	3069 (67.1)	1436 (32.9)	23681 (55.7)	17426 (44.3)
	Physical activity				
	Never do	3090 (69.4)	1253 (30.6)	23471 (59.6)	14492 (40.4)
	Less than 3 times a week	235 (53.7)	214 (46.3)	3154 (47.5)	3343 (52.5)
	3 or more times a week	346 (53.0)	386 (47.0)	4250 (41.7)	5968 (58.3)
	Oral hygiene practices				
Yes	787 (43.5)	998 (56.5)	12013 (41.7)	16016 (58.3)	
No	2884 (76.9)	855 (23.1)	18862 (69.1)	7787 (30.9)	
Functional dentition					
Lost all teeth	1185 (88.6)	153 (11.4)	4645 (86.4)	623 (13.6)	
1 to 19 teeth	871 (70.4)	363 (29.6)	4436 (66.1)	2034 (33.9)	
20 teeth or more	1615 (53.4)	1337 (46.6)	21794 (49.1)	21146 (50.9)	
Use of dental prosthesis					
No need	356 (52.3)	312 (47.7)	7403 (48.8)	7210 (51.2)	
Do not use	1366 (66.9)	725 (33.1)	12383 (54.1)	9957 (45.9)	
Partial prosthesis	496 (46.0)	484 (54.0)	4309 (44.4)	4808 (55.6)	
Total prosthesis	1453 (80.9)	332 (19.1)	6780 (77.1)	1828 (22.9)	
Oral health self-assessment					
Very good/good	1921 (62.1)	1184 (37.9)	18963 (50.2)	17504 (49.8)	
Regular	1255 (70.4)	528 (29.6)	9629 (62.5)	5494 (37.5)	
Very bad/bad	495 (72.7)	141 (27.3)	2283 (71.5)	805 (28.5)	
Difficulty in chewing					
No	2746 (63.7)	1542 (36.3)	27135 (53.5)	21913 (46.5)	
Yes	925 (74.2)	311 (25.8)	3740 (64.8)	1890 (35.2)	

Oral health conditions

Note: *MW: Minimum wage equivalent to R\$ 678,00 or \$313.89.

Table 2: Crude and adjusted stepwise hierarchical models to dental service use in the previous year by disabled people compare to people without disability, Brazil, PNS 2013.

	Dental visit in the previous year – OR (95%CI)	
	Disabled	Without disability
Unadjusted model	1.00	1.61 (1.45 -1.79)
Model 1: Exogen Variable	1.00	1.35 (1.21-1.51)
Model 2: Primary Determinants	1.00	1.39 (1.10-1.75)
Model 3: Health Behaviors	1.00	1.25 (0.99-1.59)
Model 4: Oral Health Conditions	1.00	1.18 (0.93-1.51)

M1: Adjusted by exogen variable; M2: Adjusted by M1 + primary determinants, M3: Adjusted by M2 + Behaviors, M4: Adjusted by M3 + Oral conditions.

Table 3: Odds Ratio (OR) and Confidence Interval (CI) of the multiple logistic regression models to use of dental service in the previous year by disability group, PNS 2013.

	Disabled people	People without disability	<i>p</i> valor *
Race (ref Black/Brown)			
White	1.20 (1.12-1.29)	1.31 (1.05-1.62)	0.45
Age (ref Aged/60 y and over)			
Adults (18-59y)	1.22 (1.09-1.37)	1.24 (0.96-1.59)	0.93
Sex (ref Male)			
Female	1.39 (1.28-1.5)	1.10 (0.87-1.39)	0.68
Educational level (ref Illiterate)			
Incomplete elementary school	1.13 (1.00-1.27)	1.37 (1.03-1.83)	0.21
Completed elementary school	1.42 (1.24-1.62)	1.33 (0.92-1.92)	0.76
Completed secondary school or higher	1.64 (1.45-1.86)	1.72 (1.23-2.41)	0.79
Equivalized household (ref 0-1MW)			
1-2MW	0.99 (0.91-1.08)	0.80 (0.60-1.05)	0.14
+2MW	1.42 (1.29-1.56)	1.14 (0.84-1.53)	0.16
General health self-assessment (ref Verybad/bad)			
Very good/good	1.34 (1.13-1.57)	1.03 (0.73-1.44)	0.17
Regular	1.26 (1.07-1.48)	0.97 (0.71-1.32)	0.15
Chronic diseases and limitation (ref Disease with limitation)			
Without disease	0.85 (0.77-0.93)	0.75 (0.57-0.99)	0.41
Disease without limitation	0.94 (0.84-1.05)	0.82 (0.62-1.09)	0.40
Limitation related to disability (ref Severe limitation)			
Without limitation	1.47 (1.09-1.99)	Na	
Light limitation	1.18 (0.87-1.61)	Na	
Private health plan (ref No)			
Yes	1.46 (1.34-1.59)	1.45 (1.11-1.9)	0.96
Place of residence (ref Rural)			
Urban	1.05 (0.96-1.15)	0.87 (0.62-1.21)	0.26
Fruits and vegetables consumption (ref No)			
Yes	1.34 (1.22-1.47)	0.98 (0.75-1.29)	0.03
Candy and soft drinks consumption (ref Yes)			
No	0.84 (0.78-0.91)	0.87 (0.66-1.13)	0.85
Tobacco (ref Smoker)			
Ex-smoker	1.20 (1.03-1.38)	0.98 (0.69-1.40)	0.31
Non smoker	1.23 (1.10-1.38)	1.14 (0.86-1.52)	0.64
Physical activity (ref Never do)			
Less than 3 times a week	1.22 (1.10-1.36)	1.00 (0.71-1.42)	0.28

3 or more times a week	1.34 (1.22-1.47)	1.11 (0.81-1.51)	0.24
Oral hygiene practices (ref No)			
Yes	1.62 (1.50-1.74)	1.89 (1.46-2.46)	0.25
Functional dentition (ref Lost all teeth)			
1 to 19 teeth	2.57 (2.10-3.15)	2.54 (1.64-3.92)	0.96
20 teeth or more	3.21 (2.52-4.10)	3.78 (2.24-6.37)	0.59

Cont. Table 3: Odds Ratio (OR) and Confidence Interval (CI) of the multiple logistic regression models to use of dental service in the previous year by disability group, PNS 2013.

	Disabled people	People without disability	<i>p</i> valor *
Use of dental prosthesis (ref Total prosthesis)			
No need	1.05 (0.88-1.26)	0.94 (0.57-1.53)	0.67
Do not use	1.28 (1.08-1.52)	0.96 (0.65-1.43)	0.20
Partial prosthesis	1.61 (1.36-1.91)	1.51 (1.01-2.26)	0.79
Oral health self-assessment (ref Very bad/bad)			
Very good/good	1.54 (1.28-1.84)	1.00 (0.69-1.45)	0.04
Regular	1.17 (0.98-1.40)	0.86 (0.59-1.26)	0.15
Difficulty in chewing (ref Yes)			
No	0.80 (0.71-0.90)	0.92 (0.70-1.21)	0.35

* *p* value of interection between disability and independents variables.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acesso aos serviços de saúde é um termo que tanto profissionais quanto usuários entendem, *a priori*, do que se trata. Todavia, o conceito ainda é bastante discutido e na literatura existem inúmeras teorias acerca do tema. Nesta pesquisa, optou-se pela definição de *acesso* como o *uso real de serviços de saúde e tudo o que facilita ou impede seu uso, obtendo o serviço adequado no momento certo para promover melhores resultados de saúde* (ANDERSEN; DAVIDSON, 2014). Não faz sentido avaliar a qualidade do cuidado em saúde sem antes (re)conhecer quais fatores interferem, modificam, facilitam ou dificultam o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde. Se o usuário não puder chegar e ser acolhido e atendido pelo profissional de saúde, não conseguirá avaliar o que está bom e o que ainda pode melhorar. O acesso é o primeiro passo para a garantia do direito à saúde e ainda está longe de ser o ideal para as pessoas com deficiência.

Neste sentido, é primordial avaliar a presença e a importância dos facilitadores de acesso (físicos, de comunicação, atitudinais) para garantir a acessibilidade aos serviços de saúde, principalmente para a população alvo deste estudo. Qual o impacto de uma rampa no serviço de saúde? Como conceber um Centro de Especialidades Odontológicas, referência para atendimento de pessoas com necessidades especiais (dentre elas as pessoas com deficiência), com degraus e sem rampa de acesso na sua porta de entrada? A autonomia, a dignidade e o direito de ir e vir comprometidos por questões estruturais e de prioridade de investimento financeiro. A falta de treinamento profissional, tanto para o atendimento clínico como para comunicação com pessoas com deficiência sensorial (auditiva e visual) nas unidades de saúde pode contribuir para a menor utilização dos serviços de saúde. Com os estudos realizados nessa tese comprova-se que as unidades básicas de saúde não estão adequadamente preparadas para o atendimento das pessoas com deficiência sensorial. No entanto, não foi possível mensurar o quanto esse despreparo impacta na saúde da pessoa com deficiência (PcD) ou os motivos pelos quais essa população utiliza os serviços de saúde quando necessita. O quanto as barreiras físicas e de comunicação impedem ou postergam a utilização do serviço, fazendo com que a consulta odontológica vire uma prioridade apenas nos

casos de dor ou de doença avançada? Em que ponto as necessidades em saúde percebidas viram demandas de saúde? A procura pelo serviço odontológico se dá mesma forma e pelo mesmo motivo entre pessoas com e sem deficiência? Questões como essas precisam ser estudadas em futuras pesquisas.

A responsabilidade pelo cuidado em saúde da PcD é compartilhada por todos os níveis de atenção. Não é indicado e nem mesmo possível encaminhar todos os pacientes com algum nível de deficiência para atendimento nos CEO. Os profissionais da atenção primária devem estar preparados para manejar os casos mais simples e conduzir o cuidado para a rede especializada nos casos complexos. Da mesma forma, os serviços especializados precisam seguir os critérios de regulação, para que o profissional atuante na especialidade de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais otimize sua agenda clínica dando conta dos casos de maior complexidade e realizando matriciamento da rede de atenção à saúde bucal. O atendimento hospitalar, sob anestesia geral, para os casos ainda mais complexos não pode ser uma ação isolada, pois esse usuário precisa da continuidade da atenção e do cuidado para que não sejam necessários novos procedimentos mutiladores, como as extrações dentárias.

Não houve diferença na utilização regular dos serviços odontológicos por pessoas com e sem deficiência. Com o modelo adaptado de Andersen e Davidson para uso de serviços de saúde bucal, percebe-se que são os comportamentos e as condições de saúde bucal que mais influenciam a utilização dos serviços. Pessoas com deficiência têm piores condições de saúde bucal, com maior prevalência de edentulismo, o que reduz a procura pelos serviços de saúde. A dificuldade em acessar o serviço e um tratamento mais mutilador no passado podem ter contribuído para piores condições de saúde bucal das pessoas com deficiência. Pessoas com deficiência grave, com maior grau de limitação apresentaram mais dificuldade em acessar os serviços e são esses os casos que devem ser priorizados. Outra hipótese levantada é a prioridade de cuidados com saúde das pessoas com deficiência. É possível que, em virtude de maior carga de doença relacionada à deficiência, essa população procure menos o dentista para cuidados preventivos. Neste caso, a consulta odontológica vira prioridade nos casos de dor ou doença

avançada, podendo resultar em um tratamento mais mutilador. Estudos sobre o modelo de atenção em saúde bucal para essa população e protocolos baseados em classificação de risco são imprescindíveis, bem como a organização da rede de cuidados em saúde bucal da pessoa com deficiência.

A baixa adesão dos CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é uma questão intrigante. Em 2014, apenas 250 serviços (24,3%) aderiram ao Programa e recebiam incentivo financeiro para atendimento clínico de 40 horas semanais pela especialidade de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) (BRASIL, 2017). É possível que mesmo com o recurso, os gestores não julguem necessário ou mesmo rentável manter esse profissional no seu quadro funcional. Porto Alegre, por exemplo, reduziu expressivamente o número de horas para atendimento na especialidade de PNE, em função da baixa procura pelos serviços. Por isso a diferença entre necessidade em saúde e demanda de atendimento precisa ser levantada e discutida com os gestores. As pessoas com deficiência estão procurando os serviços de saúde? Será necessária busca ativa para essa população excluída? Os profissionais da atenção primária estão dando conta das demandas e por isso os encaminhamentos para a especialidade de PNE são tão baixos? Ou os casos mais complexos, que necessitam de atendimento especializado não são reconhecidos e encaminhados para o CEO? Com apenas 5 CEO para uma população de aproximadamente 1,5 milhão de pessoas é difícil de acreditar que não haveria demanda para 40 horas semanais de atendimento de PNE.

Os resultados encontrados corroboram a necessidade do Estado em assumir seu papel provedor de serviços e ações em saúde, com equidade e justiça social. Os gestores precisam ser sensibilizados de que acessibilidade não melhora a qualidade do serviço apenas para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida. Ela garante que todos os usuários possam utilizar os serviços sem barreiras que dificultem ou inviabilizem o acesso ao cuidado em saúde. É possível que as políticas públicas que garantem o atendimento prioritário e as ações em saúde por pessoa com deficiência tenham contribuído para os níveis de utilização dos serviços semelhantes entre pessoas com e sem deficiência. Portanto, é necessário manter e

qualificar as políticas públicas, com atenção especial aos casos com grave limitação por incapacidade, uma vez que esses indivíduos apresentam maior dificuldade na utilização dos serviços odontológicos.

Por fim, a melhoria na formação dos profissionais do SUS e para o SUS pode ser um eixo estratégico e de grande impacto, pois essa dimensão do cuidado é uma das mais valorizadas pelos usuários e pode contribuir sobremaneira para a melhoria do cuidado em saúde da pessoa com deficiência. O apoio matricial, atribuição dos profissionais do CEO, permite a aproximação dos profissionais da rede de atenção à saúde bucal, por meio do trabalho articulado que amplifica a resolutividade e a qualidade da atenção. Organizar as agendas, de modo que o especialista desça do “céu/CEO” e vá para o território, auxiliando os profissionais da atenção primária a conduzir casos de média complexidade próximos das residências desses usuários pode ser uma boa estratégia para facilitar o cuidado. Essa articulação qualifica as ações em saúde, ganha legitimidade e reduz as barreiras geográficas e financeiras, na medida em que esses usuários não precisarão se deslocar até o Centro de Especialidades até finalizarem seu tratamento. Quanto mais próximos e articulados os serviços estiverem, melhor será a atenção à saúde da pessoa com deficiência no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ADYANTHAYA, A., et al. Barriers to dental care for children with special needs: General dentists' perception in Kerala, India. **J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent.**; Chandigarh, v. 35, p. 216-22, 2017.
- AL - BATAYNEH, O. B., et al. Traumatic dental injuries in children with special health care needs. **Dent. Traumatol**, Copenhagen, v. 33, n.4, p. 269-275, 2017.
- ALWADI, M.A.; BAKER, S.R.; OWENS, J. The inclusion of children with disabilities in oral health research: A systematic review. **Community Dent Oral Epidemiol**. 2018; 46(3): 238-244.
- ALMEIDA, A. P. S. C. et al. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 51, n. 50, 2017.
- ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. **Adv. Dent. Res.**, Washington, v. 11, n. 2, p. 203–209, 1997.
- ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L. Improving access to care in america. Individual and Contextual Indicators. *In* ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L.; BAUMEISTER, S.E. **Changing the US health care system: key issues in health services policy and management**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, p. 33-65, 2014.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J. Health. Soc. Behav.**, Thousand Oaks, v.36, n. 1, p. 1-10, 1995.
- ANDERS, P. L.; DAVIS, E. L. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v. 30, n. 3, p. 110-117, 2010.
- BRAITHWAITE, J.; MONT, D. Disability and poverty: A survey of World Bank Poverty Assessments and implications. **Alter**, Issy-les-Moulineaux, v. 3, p. 219-232, 2009.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988, art. 196-199.
- BRASIL. **Lei no. 7.853, de 24 de outubro de 1989**. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Brasília. 1989.
- BRASIL. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004a.16p.
- BRASIL. Presidência da República. **Decreto no. 5.296, de 2 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que

estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica 17**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008. 92 p.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto no. 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto no. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, 2012a. 62p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 1.341, de 29 de junho de 2012**. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. Brasília, 2012b.

BRASIL. Presidência da República. **Avanço das Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência. Uma análise a partir das Conferências Nacionais**. 1ª Ed. Brasília, 2012c. 63p.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Brasília. 2013a. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 261, de 21 de fevereiro de 2013**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)**: manual instrutivo. Brasília, 2013c. 34p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, 2015a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde Política. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2018, 350 p.

BRASIL. Ministério da Saúde Política. Departamento de Ações em Saúde. Brasil Sorridente: Plano Nacional para Pessoas com Deficiência. Acessado em 26/01/2019:http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=pessoas_deficiencias.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S.A. Defining quality of care. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 51, n.11, p.1611-1625, 2000.

CARDOSO et al. Dental Caries and Periodontal Disease in Brazilian Children and Adolescents with Cerebral Palsy **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Basel, v. 12, p. 335-353, 2015.

CASTRO, J. A.; OLIVEIRA M. G. Políticas públicas e desenvolvimento. *In* VIEIRA-DASILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. 110 p.

CASTRO, S. S. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011.

CHU, K. et al. Comparison of oral health between inpatients with schizophrenia and disabled people or the general population. **J. Formos Med. Assoc.**, Singapura, v. 111, n. 4, p. 214-219, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO-63/2005**. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Brasília, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO-167/2015**. Normatiza o agendamento e o atendimento prioritário às pessoas portadoras de necessidades especiais ou mobilidade reduzida nas clínicas e consultórios odontológicos. Brasília, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL. Número de especialistas em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais no Rio Grande de Sul. Acessado em 18 de janeiro de 2018. <https://www.crors.org.br/servicos-busca-por-especialidade/>

DINIZ, D. 2007. **O que é deficiência**. São Paulo: Editora Brasiliense. 96p.

DRUM, C. E. et al. Recognizing and responding to the health disparities of people with disabilities. **Calif. J. Health Promot.**, Chico, v. 3, n.3, p. 29-42, 2005.

FAULKES, D. et al. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. **Eur. J. Dent. Educ.**, Copenhagen, v. 16, n. 4, p. 195-201, 2012.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 33, n. 81, 2009.

GALDENZI, P.; ORTEGA, F. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n.10, p.3061-3070, 2016.

GULLEY, S. P., ALTMAN, B. M. Disability in two health care systems: access, quality, satisfaction, and physician contacts among working-age Canadians and Americans with disabilities. **Disabil. Health J.**, New York, v.1, n. 4, p.196-208, 2008.

HENNEQUIN, M. et al. Inequalities in oral health for children with disabilities: a French national survey in special schools. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 3, n. 6, p. e2564, 2008.

HORNER-JOHNSON, W. et al. Disparities in chronic conditions and health status by type of disability. **Disabil. Health J.**, New York, v. 6, n. 4, p. 280-286, 2013.

HORNER-JOHNSON, W.; DOBBERTIN, K.; BEILSTEIN-WEDEL, E. Disparities in dental care associated with disability and race and ethnicity. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 146, n. 6, p. 366-374, 2015.

IEZZONI, L. I. et al. Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. **Annals of Internal Medicine**, Lancaster, v. 140, n. 5, p. 356-362, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Manual de Entrevista**. Rio de Janeiro, 2013. 286p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, 2014, 180p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde PNS 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violência.** Rio de Janeiro, 2015a, 100 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde PNS 2013. Ciclos de vida: Brasil e grandes regiões.** Rio de Janeiro, 2015b, 92 p.

KASSEBAUM, N. J. et al. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. **J. Dent. Res.**, Chicago, v. 94, n. 5, p. 650-658, 2015.

LEAL ROCHA, L. et al. Access to dental public services by disabled persons. **BMC Oral Health**, Londres, v. 15, n. 35, 2015.

LEE, J.Y., et al. Oral health status of the disabled compared with that of the non-disabled in Korea: A propensity score matching analysis. **PLoS ONE**, San Francisco, v.14, n.1: e0208246, 2019.

LIMA-COSTA, M.F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, no. 9, p. 3689–3696, 2011.

LO, E.; LUO, Y.; DYSON, J. E. Outreach dental service for persons with special needs in Hong Kong. **Spec. Care Dent.**, Chicago, v. 24, n. 2, p. 80-85, 2004.

LOUVISON, M. C. P. et al. Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in São Paulo, Brazil. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008.

MALTA, D. C. et al. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, 2016.

MARTINS, K. M. et al. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p.3153-3160, 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014, 407p.

MITHEN, J. et al. Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 126, p. 26-35, 2015.

MITRA, S; POSARAC, A; VICK, B. Disability and poverty in developing countries: a multidimensional study. **Word Development**, New York, v. 41, p. 1-18, 2013.

MOYSÉS, S. J. **Saúde Coletiva: Políticas, Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

MORGAN, J. P. et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 143, n. 8, p. 838-846, 2012.

NARVAI, P. C. et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 19, n. 6, p.385–393, 2006.

NOGUEIRA, G. C. et al. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n.10, p.3131-3142, 2016.

OLIVEIRA, J. S. et al. Intellectual disability and impact on oral health: a paired study. **Spec. Care Dent**, Chicago, v. 33, n. 6, p. 262-268, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa, 2004, 238p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre a deficiência**. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: EDPcD, 2012. 334p.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, London, v. 377, no. 9779, p. 1778–1797, 2011.

PERES, K. G. et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 46, n.2, p. 250-588, 2012.

PETERS, D. H. et al. Poverty and access to health care in developing countries. **Ann. N.Y. Acad. Sci.**, New York, v. 1136, p. 161-117, 2008.

PETROVIC, B. B. et al. Unmet oral health needs among persons with intellectual disability. **Res. Dev. Disabil.**, New York, v. 59, p. 370-377, 2016.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PINTO, R. da S.; ABREU, M. H. N. G.; VARGAS, A. M. D. Comparing adult users of public and private dental services in the state of Minas Gerais, Brazil. **BMC oral health**, London, v. 14, no. 100, p.1-13, 2014.

PUCCA JR, G. A. et al. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. **J. Dent. Res.**, Chicago, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, 2015.

PUROHIT, B. M.; ACHARYA, S; BHAT, M. Oral health status and treatment needs of children attending special schools in South India: a comparative study. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v. 30, n. 6, p. 235-241, 2010.

REDA, S. M. et al. The impact of demographic, health-related and social factors on dental services utilization: Systematic review and meta-analysis. **J. Dent.**, Bristol, v. 75, p.1-6, 2018a.

REDA, S. F. et al. Inequality in utilization of dental services: a systematic review and meta-analysis. **Am. J. Public Health**, Washington, v. 108, n. 2, p. e1-e7, 2018.

REICHARD, A., et al. Prevalence and reasons for delaying and foregoing necessary care by the presence and type of disability among working-age adults. **Disabil. Health J.**, New York, v. 10, n. 1, p. 39-47, 2017.

ROTAROU, E. S.; SAKELLARIOU, D. Access to health care in an age of austerity: disabled people's unmet needs in Greece. **Crit. Public Health**, London, v. 29, n. 1, p. 48-60, 2019.

ROWLAND M. P. et al. Health outcome disparities among subgroups of people with disabilities: A scoping review. **Disabil. Health J.**, New York, v. 7, n.2, p. 136-150, 2014.

SCHEER, J. et al. Access barriers for persons with disabilities. **J. Disabil. Policy Stud.**, Fayetteville, v. 13, n. 4, p. 221-230, 2003.

SILVA, Z. P. da, et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, no. 9, p. 3807–3816, 2011.

SIQUEIRA et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 39-44, 2009.

SMITH, S. et al. **Health care evaluation**. Maidenhead: Open University Press, 2005. 208p.

SOUZA-JUNIOR, P. R. B.; et al. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 24, n.2, p. 207-216, 2015.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Ministério da Saúde, Brasília, 2002, 725p.

STEINBERG, B.J. Issues and Challenges in Special Care Dentistry. **J. Dent. Education**, Washington, v. 69, n. 3, p. 323-324, 2005.

SZWARCWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B; DAMACENA, G. N. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. **BMC Health Serv. Res.**, London, v. 10, n. 1, p. 217, 2010.

SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 333-342, 2014.

TERRANEO, M. Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 126, p. 154-163, 2015.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J. G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. 110 p.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saude Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.




VRIES MCCLINTOCK, H.F. et al. Health care experiences and perceptions among people with and without disabilities. **Disabil. Health J.**, New York, v.9, n., p.74-82, 2016.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *Int. J. Health Serv.*, Los Angeles, n.22, v. 3, p. 429-45, 1992.

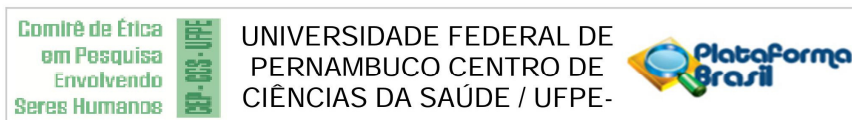
WILLIAMS, J.J.; SPANGLER, C.C.; YUSAF, N.K. Barriers to dental care access for patients with special needs in an affluent metropolitan community. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, n. 35, v. 4, p. 190-196, 2015.

ANEXOS

ANEXO A: Aprovação da Avaliação da atenção básica no Brasil, para coleta de dados do PMAQ-AB, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, Porto Alegre, 2012.

	<p>UFRGS UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL</p>	<p>PRÓ-REITORIA DE PESQUISA Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs</p>	
CARTA DE APROVAÇÃO			
Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:			
Número: 21904			
Título: Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários			
Pesquisadores:			
Equipe UFRGS:			
ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011 MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011 FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011 TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011 CRISTINE MARIA WARMLING - pesquisador desde 01/12/2011 ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011 ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011 MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011 LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011 Ana Lucília da Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 Mayna Yaçanã Borges de Ávila - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 MARIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011			
Equipe Externa:			
Mariana Bertol Leal - pesquisador desde 01/12/2011 Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011 Adriane Pires Batiston - pesquisador desde 01/12/2011 Vera Lúcia Kodjaoglanian - pesquisador desde 01/12/2011 Mara Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011 Regina Fatima Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011 Fernando Pierette Ferrari - pesquisador desde 01/12/2011 Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011 Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011 Luiz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011 Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011			
<p><i>Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo , em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.</i></p>			
Porto Alegre, Terça-Feira, 13 de Março de 2012			
 JOSE ARTUR BOGO CHIES			

ANEXO B: Aprovação da Avaliação Externa PMAQ-CEO, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação externa: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO).

Pesquisador: PAULO SAVIO ANGEIRAS DE GOES

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 23458213.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 740.874

Data da Relatoria: 31/07/2014

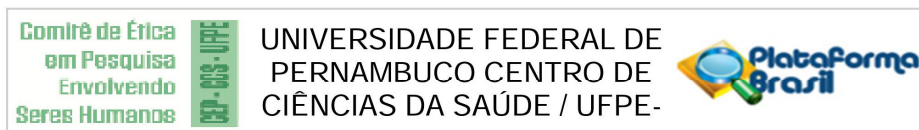
Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta a pendência referente a emenda encaminhada a qual solicitava a ampliação do estudo visando analisar a percepção dos avaliadores de qualidade que realizaram a coleta de dados sobre o processo de pesquisa. Na etapa agora proposta, os referidos avaliadores irão participar de uma entrevista e/ou grupo focal a fim de contribuir com sua visão para a tomada de decisão. Além disso, serão utilizados os diários de campo elaborados por cada avaliador de qualidade durante o processo de avaliação externa, reutilizados nesta nova fase da pesquisa.

Para atingir esta meta, foi acrescentado o seguinte objetivo específico:

1. Apreciar (ou apreciar o merecimento da) a percepção dos avaliadores de qualidade da avaliação externa do PMAQ-CEO no país sobre o processo de avaliação externa dos Centros de Especialidades Odontológicas para:
 - a) Identificar a percepção do avaliador sobre o processo de avaliação externa.
 - b) Identificar aprendizados relatados pelos avaliadores no processo.
 - c) Identificar se o processo de avaliação alterou a visão dos avaliadores a respeito dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 740.874

Com a modificação solicitada, a metodologia será dividida em duas fases: 1ª: avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e 2ª: avaliação da percepção dos avaliadores de qualidade da avaliação externa do PMAQ-CEO.

Portanto, a extensão do estudo ora proposto é qualitativa, exploratória e descritiva, investigando a análise das percepções dos avaliadores de qualidade sobre o PMAQ/CEO. Como o estudo terá caráter voluntário, ocorrerá naqueles locais e estados interessado em desenvolvê-lo de forma que, por consenso, pesquisadores e participantes concordem com local de fácil acesso para realização da coleta de dados.

Para coleta dos dados o pesquisador principal propõe três estratégias distintas, tendo em vista a diversidade existente em cada região e em cada estado da federação. A primeira será a utilização de dados de diário de campo, a segunda a realização de entrevistas individuais e a terceira, a realização de grupos focais.

Para regiões ou estados em que sejam possíveis as reuniões de três a seis avaliadores, serão realizados grupos focais e, quando este encontro for impossibilitado por distâncias, ou mesmo por agenda dos envolvidos, os dados serão coletados através de entrevistas não estruturadas.

Objetivo da Pesquisa:

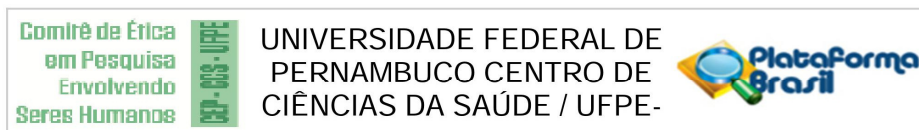
A emenda tem por objetivo ampliar o estudo proposto, visando identificar a percepção do avaliador externo nos diversos campos de coleta de dados pelo Brasil, sobre o processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo não trará risco adicional aos já previstos na fase anterior da pesquisa, ou seja, o risco de possível constrangimento frente aos questionamentos acerca da qualidade dos estabelecimentos de saúde investigados. No entanto, como será mantido sigilo, minimiza-se tal risco, não gerando prejuízos para a atuação profissional.

Não há benefícios diretos, entretanto, como benefícios indiretos, as informações prestadas poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos estabelecimentos de saúde estudados, uma vez que os resultados serão encaminhados aos gestores do Sistema de Saúde, o que também

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 740.874

servirá de base para melhoria da Política Nacional de Saúde Bucal quanto à oferta de serviços, o acesso e a qualidade dos mesmos, e, conseqüentemente, melhorar o nível de saúde da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo avaliativo, cuja expansão pretendida tem caráter qualitativo, exploratório e descritivo, o qual será realizado em todos os Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil, que fizeram adesão ao PMAQ/CEO. A coleta de dados será realizada através de entrevista a qual será gravada (gravador de voz) e os conteúdos dos discursos serão transcritos na íntegra, digitados em programa WORD® do pacote Office® e mantidos sob sigilo absoluto, em computador, com senha de cada instituição pertencente ao grupo de pesquisa multicêntrica. Somente os pesquisadores envolvidos no projeto terão acesso aos dados, sendo impedida a identificação de qualquer avaliador/participante, tanto em relatórios oficiais quanto em publicações científicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados à Plataforma Brasil,.

Quanto a gravação da entrevista a que serão submetidos os participantes do estudo, a mesma foi explicitada no TCLE. Pendência atendida.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Situação do Parecer:

Aprovado

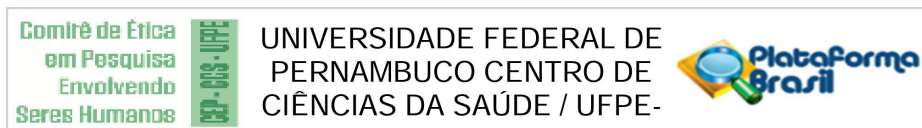
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer da EMENDA da pesquisa, tendo a mesma sido avaliada e aprovada para continuar a coleta de dados

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 740.874

RECIFE, 06 de Agosto de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO C: Aprovação da Pesquisa Nacional de Saúde pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, CONEP, Brasil, 2013.

09/07/13

Plataforma Brasil

Saúde



Célia Landmann Szwarcwald - Pesquisador | V2.17

Cadastros

Sua sessão expira em: 39min 33

Você está em: Pesquisador > Gerir Pesquisa

GERIR PESQUISA

Para cadastrar um novo projeto, clique aqui: [Nova Submissão](#) Para cadastrar projetos aprovados anteriores à Plataforma Brasil, clique aqui: [Projeto anterior](#)

Projetos de Pesquisa:

Título da Pesquisa:			Número CAAE:	
Pesquisador Responsável:		Última Modificação:		Tipo de Submissão: Selecione
Palavra-chave:				

Situação da Pesquisa

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Marcar Todas | <input checked="" type="checkbox"/> Não Aprovado | <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Submetido ao CEP |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado | <input checked="" type="checkbox"/> Pendente | <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Submetido à CONEP |
| <input checked="" type="checkbox"/> Em Apreciação Ética | <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Não Aprovado na CONEP | <input checked="" type="checkbox"/> Retirado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Em Edição | <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Não Aprovado no CEP | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Em Recepção e Validação Documental | | |

Projeto de Pesquisa:

Tipo *	Número CAAE *	Título da Pesquisa *	Pesquisador Responsável *	Versão *	Última Modificação *	Situação *	Gestão da Pesquisa
P	10853812.7.0000.0008	Pesquisa Nacional de Saúde	Célia Landmann Szwarcwald	2	08/07/2013	Aprovado	

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior),
ou Mozilla Firefox (versão 9 ou superior).