



**Universidade do Estado do Amazonas**  
Escola Superior de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



Eduarda Cândida Gomes Aguiar

**Acesso de pessoas com deficiência à assistência odontológica em Manaus –  
Amazonas**

Manaus

2024

Eduarda Cândida Gomes Aguiar

**Acesso de pessoas com deficiência à assistência odontológica em Manaus – Amazonas**

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Alessandra Valle Salino

Manaus  
2024

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
**Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.**

A283a	<p>Aguiar, Eduarda Cândida Gomes Acesso de pessoas com deficiência à assistência odontológica em Manaus – Amazonas / Eduarda Cândida Gomes Aguiar . Manaus : [s.n], 2024. 114 f.: color.; 21,0 cm.</p> <p>Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC- Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024. Inclui Bibliografia. Inclui Apêndice. Inclui Anexo. Orientador: Alessandra Valle Salino.</p> <p>1. Acesso universal aos serviços de saúde. 2. Saúde bucal. 3. Saúde da pessoa com deficiência . 4. Pessoa com deficiência . I. Alessandra Valle Salino (Orient.) II. Universidade do Estado do Amazonas. III. Título</p> <p style="text-align: right;">CDU(1997)614(043.3)</p>
-------	---

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

\_\_\_\_\_ *Eduarda Cândida Gomes Aguiar* \_\_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_ 14/01/2025 \_\_\_\_\_

Data



**PPGSC** Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - UEA



**AMAZONAS**  
GOVERNO DO ESTADO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS**

**ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DO MESTRADO**

Aos 14 dias do mês de outubro de 2024, às 14h:00min, de forma presencial, ocorreu a sessão da Defesa de Dissertação do Mestrado, cujo título da dissertação é: "Acesso de pessoas com deficiência à assistência odontológica em Manaus - Amazonas", apresentada por **Eduarda Cândida Gomes Aguiar**, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Alessandra Valle Salino. A apresentação do trabalho foi realizada em sessão pública, compreendendo exposição da discente em um tempo de 30 a 40 minutos, seguida de arguição pelos examinadores. Ao término dos trabalhos, em sessão secreta, os examinadores exararam seus pareceres, a seguir discriminados:

Prof.<sup>a</sup> Dra. Alessandra Valle Salino – Orientadora

Aprovada ( ) Reprovada

Assinatura.....

*Alessandra Valle Salino*

Prof. Dr. Fernando José Herkrath – Membro Titular

Aprovada ( ) Reprovada

Assinatura.....

*Fernando José Herkrath*

Prof.<sup>a</sup> Dra. Flávia Cohen Carneiro – Membro Titular

Aprovada ( ) Reprovada

Assinatura.....

*Flávia Cohen Carneiro*

**Parecer Final:**

Aprovada ( ) Reprovada

Proclamados os resultados, foram encerrados os trabalhos e, para constar, eu, Prof.<sup>a</sup> Dra. Alessandra Valle Salino, presidente da sessão, lavrei a presente ata, que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora e remeto à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas.

Manaus, 14 de outubro de 2024.

## DEDICATÓRIA

À minha avó, Maria, sábia analfabeta, que acredita e transmite o amor pela educação a todos da família.

À minha mãe, Altanira, que me criou a base de amor, carinho, determinação e força, e sempre me incentivou na realização dos meus sonhos.

À minha tia, Adriana, por ser as palavras certas nas horas certas.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, em especial, mãe, avó, tia e irmão (Pedro), que são meus alicerces em tudo que eu faço.

Aos meus amigos – Rafaela, Alina, Kennedy, Rodrigo e Camila – que, apesar da minha ausência, sempre estiveram presentes demonstrando compreensão, carinho e força.

Ao meu namorado, Julio, por sempre me ouvir e ser o ombro de conforto e aconchego nas horas que mais preciso.

Aos meus animais – Iron, Ravena, Zatará, Melinda e Cátia Dilma – pelas distrações essenciais na construção deste trabalho.

Aos Amigos que fiz durante o mestrado – Keven, Débora, Yone, Conceição, Zenóbia e Andrea – que tornaram essa etapa acadêmica mais leve e divertida, espero levá-los para vida toda.

Aos professores do programa que contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Alessandra, pelas trocas, conselhos e orientações.

Pelos anjos que cruzaram meu caminho e agilizaram os trâmites inerentes à autorização para coleta de dados.

Às gestoras e administradores que me receberam de portas e braços abertos em cada instituição que integrou a coleta de dados.

À cada mãe, pai, avó(ô), tia(o), irmã(o), filha(o) que aceitou participar do presente estudo e incentivou outras pessoas a responderem o questionário também.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) pelo apoio à pesquisa ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEA, sendo de fundamental importância durante todo o processo desta pesquisa.

*A inclusão acontece quando se aprende com as diferenças, e não com  
as igualdades.*

*Paulo Freire (1998, p. 108)*

## RESUMO

AGUIAR, Eduarda Cândida Gomes. *Acesso de pessoas com deficiência à assistência odontológica em Manaus - Amazonas*. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

O presente estudo teve como objetivo principal analisar o acesso de pessoas com deficiência à assistência odontológica em Manaus. Trata-se de uma pesquisa de abordagem metodológica quantitativa, descritiva, exploratória e analítica, com recorte de temporalidade transversal, com 384 pessoas com deficiência, de todas as idades e ambos os sexos, que residiam em Manaus. A coleta de dados foi realizada em estabelecimentos voltados a pessoas com deficiência, localizados na zona urbana de Manaus, com o emprego de dois formulários: a) voltado para a caracterização demográfica e socioeconômica da pessoa com deficiência e sua família; b) focado na investigação das condições de acesso à assistência odontológica. Além das análises descritivas das variáveis para verificar possíveis associações entre as características demográficas e socioeconômicas de pessoas com deficiência ao acesso à assistência odontológica em Manaus. Adotou-se nível de significância de 5%. As principais deficiências encontradas foram: Transtorno do Espectro Autista (43,5%), deficiência intelectual (13,5%) e deficiência do ouvido (11,7%). A maioria era do sexo masculino (61,5%), de cor da pele parda (59,9%), com idade média de 16,9 anos. No que diz respeito ao acesso à assistência odontológica, a maioria já tinha ido ao dentista (83,1%) e, destes, 58,0% realizaram a última consulta no setor público, com predomínio da Atenção Básica (61,1%). No que tange aos motivos para o acesso, os principais relatados foram: tratamentos de caráter preventivos (51,1%), tratamento dentário (22,3%) e extração (12,9%). Apesar de 74,0% terem realizado a última consulta odontológica no último ano, apenas 57,4% faziam acompanhamento regular com o dentista. No que diz respeito às barreiras encontradas na busca por acesso à assistência odontológica, 38,0% dos entrevistados relataram dificuldades de encontrar dentista no SUS que atendesse pessoa com deficiência. 62,2% tiveram problemas muitas vezes com falta de vaga. A falta de dinheiro foi relatada como dificuldade recorrente por 52,1%. O acesso aos serviços odontológicos foi mais presente dentre as pessoas com deficiência com renda familiar mais elevada, assim como naqueles que recebiam o Benefício de Prestação Continuada. A percepção de necessidade também demonstrou associação para o acesso aos serviços odontológicos. Grande parte das pessoas com deficiência já tinha acessado os serviços odontológicos pelo menos uma vez na vida. No entanto, é necessário um melhor planejamento dos serviços, com maior oferta de vagas, e busca ativa a essa população, garantindo a visita frequente ao dentista.

Palavras-chave: Acesso universal aos serviços de saúde. Saúde bucal. Saúde da pessoa com deficiência. Pessoa com deficiência.

## ABSTRACT

AGUIAR, Eduarda Cândida Gomes Aguiar. *Access for people with disabilities to dental care in Manaus - Amazonas*. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

The main objective of this study was to analyze the access of people with disabilities to dental care in Manaus. This is a quantitative, descriptive, exploratory and analytical methodological study, with a cross-sectional temporal cut, with 384 people with disabilities, of all ages and both sexes, who lived in Manaus. Data collection was carried out in establishments aimed at people with disabilities, located in the urban area of Manaus, using two forms: a) focused on the demographic and socioeconomic characterization of the person with disabilities and their family; b) focused on investigating the conditions of access to dental care. In addition to descriptive analyses of the variables to verify possible associations between the demographic and socioeconomic characteristics of people with disabilities and access to dental care in Manaus. A significance level of 5% was adopted. The main disabilities found were: Autism Spectrum Disorder (43.5%), intellectual disability (13.5%) and hearing impairment (11.7%). The majority were male (61.5%), brown skin color (59.9%), with an average age of 16.9 years. Regarding access to dental care, the majority had already been to the dentist (83.1%) and, of these, 58.0% had their last appointment in the public sector, with a predominance of Primary Care (61.1%). Regarding the reasons for access, the main ones reported were: preventive treatments (51.1%), dental treatment (22.3%) and extraction (12.9%). Although 74.0% had their last dental appointment in the last year, only 57.4% had regular check-ups with the dentist. Regarding the barriers encountered in seeking access to dental care, 38.0% of respondents reported difficulties in finding a dentist in the SUS who treated people with disabilities. 62.2% often had problems with lack of vacancies. Lack of money was reported as a recurring difficulty by 52.1%. Access to dental services was more common among people with disabilities with higher family incomes, as well as among those who received the Continuous Benefit Payment. The perception of need also demonstrated an association with access to dental services. Most people with disabilities had already accessed dental services at least once in their lives. However, better planning of services is needed, with a greater supply of vacancies and active search for this population, ensuring frequent visits to the dentist.

Keywords: Universal Access to Health Care Services. Oral Health. Health of the Disabled. Disabled Persons.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Cartograma do percentual da população com pelo menos uma das deficiências investigadas, na população residente dos municípios do Brasil, 2010.....	23
Figura 2 –	Modelo Comportamental de Andersen inicial (1968).....	35
Figura 3 –	O modelo, fase 2 (1970).....	37
Figura 4 –	O modelo, fase 3 (1980-1990).....	37
Figura 5 –	Modelo emergente, fase 4 (1990).....	38
Figura 6 –	Modelo Comportamental de Andersen – Saúde Bucal.....	39
Figura 7 –	Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB).....	46
Figura 8 –	Mapa da área urbana de Manaus com divisões por Distritos de Saúde.....	48
Figura 9 –	Variáveis do Modelo Comportamental de Andersen – saúde bucal, que foram utilizadas na presente pesquisa.....	60

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Quantitativo de PcD, com e sem aplicação da linha de corte do WG, por tipo de deficiência – Manaus, 2010.....	24
Gráfico 2 –	Proporção de PcD de acordo com os tipos de deficiências – Brasil, 2021.....	30
Gráfico 3 –	Distribuição das PcD, por grupo de idade (%) – Brasil, 2021.....	31
Gráfico 4 –	Prevalência de PcD no Brasil – 2010, 2013, 2019 e 2022.....	32
Gráfico 5 –	Cobertura da saúde bucal na Atenção Básica e de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, Manaus.....	50
Gráfico 6 –	Quantidade de eSB por modalidades – DISA Leste, Manaus, 2024.....	51
Gráfico 7 –	Quantidade de eSB por modalidades – DISA Norte, Manaus, 2024.....	52
Gráfico 8 –	Quantidade de eSB por modalidades – DISA Oeste, Manaus, 2024.....	52
Gráfico 9 –	Quantidade de eSB por modalidades – DISA Sul, Manaus, 2024.....	53
Gráfico 10 –	Associação da necessidade percebida e acesso à assistência odontológica pelas PcD – Manaus, 2024.....	83

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos bairros por Distritos de Saúde, zona urbana, Manaus.....	49
Quadro 2 – Categorização da distância da moradia até o local da última consulta.....	59
Quadro 3 – Categorização da variável deficiência de acordo com o CID-11.....	59

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Divisão das deficiências de acordo com o sexo com a aplicação da linha de corte do WG, Manaus, 2010.....	25
Tabela 2 –	Prevalência das deficiências auditivas, motoras e mental por sexo – Brasil, 2013.....	26
Tabela 3 –	Prevalência das deficiências por região – Brasil, 2013.....	26
Tabela 4 –	Distribuição das deficiências física e auditiva por faixa etária – Brasil 2013.....	27
Tabela 5 –	Distribuição das deficiências de acordo com o sexo – Brasil, 2019.....	28
Tabela 6 –	Distribuição das deficiências conforme a faixa etária – Brasil, 2019.....	28
Tabela 7 –	Prevalência de PcD de acordo com o sexo e a raça – Brasil, 2021.....	29
Tabela 8 –	Distribuição dos Distritos de Saúde, população, bairros, estabelecimentos do SUS com assistência odontológica e média da renda em reais.....	50
Tabela 9 –	Quantitativo de especialistas em PNE e tipologias dos CEO - Manaus, 2024.....	53
Tabela 10 –	Componentes da RASB de acordo com o Disa, Manaus 2024.....	54
Tabela 11 –	Distribuição de PcD de acordo com a deficiência – Manaus, 2024.....	63
Tabela 12 –	Caracterização das PcD – Manaus, 2024.....	64
Tabela 13 –	Caracterização dos responsáveis e/ou cuidadores das PcD – Manaus, 2024.....	66
Tabela 14 –	Caracterização demográfica e socioeconômica da família – Manaus, 2024.....	69
Tabela 15 –	Aspectos odontológicos relacionados às PcD – Manaus, 2024.....	70
Tabela 16 –	Busca pela assistência odontológica das PcD – Manaus, 2024.....	72
Tabela 17 –	Características da assistência odontológica das PcD – Manaus, 2024.....	73
Tabela 18 –	Distribuição do local do último atendimento odontológico com base no Disa – Manaus, 2024.....	75
Tabela 19 –	Distribuição do local do último atendimento odontológico baseado na residência da PcD e Distrito de Saúde – Manaus, 2024.....	76
Tabela 20 –	Distribuição das dificuldades encontradas pelas PcD para conseguir atendimento odontológico – Manaus, 2024.....	78

Tabela 21 – Distribuição das dificuldades encontradas pelas PcD no atendimento odontológico – Manaus, 2024 .....	79
Tabela 22 – Associação entre o sexo do responsável e acesso à assistência odontológica pelas PcD Manaus, 2024.....	80
Tabela 23 – Associação entre o nível educacional do responsável e acesso à assistência odontológica pelas PcD – Manaus, 2024.....	81
Tabela 24 – Associação entre a renda familiar e acesso à assistência odontológica pelas PcD – Manaus, 2024.....	81
Tabela 25 – Associação entre receber BPC e acesso à assistência odontológica pelas PcD – Manaus, 2024.....	82
Tabela 26 – Associação do acesso à assistência odontológica pelas PcD e a necessidade percebida – Manaus, 2024.....	83
Tabela 27 – Associação entre o Disa da Residência e acesso à assistência odontológica pelas PcD – Manaus, 2024.....	84

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AVD	Atividade de Vida Diária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ceo-d	Índice de cárie dentição decídua (dentes cariados, perdidos e obturados)
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CODA	Commission on Dental Accreditation
CPO-D	Índice de cárie dentição permanente (dentes cariados, perdidos e obturados)
Disa	Distrito de Saúde
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEFF	Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LIBRAS	Linguagem Brasileira de Sinais
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MS	Ministério da Saúde
NAOPE	Núcleo de Atendimento Odontológico a Pacientes Especiais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PcD	Pessoa com deficiência

PMAQ-CEO	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas.
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAD-Contínua	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Continuada
PNE	Paciente com Necessidades Especiais
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PROAMDE	Programa de Atividades Motoras para Deficientes
RASB	Rede de Atenção à Saúde Bucal
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
SADT	Unidades de Saúde de Apoio Terapêutico
SB	Saúde Bucal
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UOM	Unidade Odontológica Móvel
WG	Washington Group on Disability Statistics

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
1	<b>OBJETIVOS</b> .....	20
1.1	<b>Objetivo geral</b> .....	20
1.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	20
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
2.1	<b>Pessoas com deficiência</b> .....	21
2.2	<b>Acesso aos serviços de saúde bucal por pessoas com deficiência</b> .....	34
2.3	<b>Rede de Atenção à Saúde Bucal</b> .....	44
2.3.1	<u>Redes de Atenção à Saúde Bucal em Manaus</u> .....	48
3	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	56
3.1	<b>Desenho do estudo</b> .....	56
3.2	<b>Local do estudo</b> .....	56
3.3	<b>População e plano amostral</b> .....	56
3.4	<b>Instrumento</b> .....	57
3.5	<b>Coleta de dados</b> .....	57
3.6	<b>Variáveis</b> .....	59
3.7	<b>Análise de dados</b> .....	62
3.8	<b>Considerações éticas</b> .....	63
3.8.1	<u>Análise crítica de riscos e benefícios</u> .....	63
4	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	64
4.1	<b>Caracterização das pessoas com deficiência participantes do estudo</b> .....	64
4.2	<b>Caracterização dos responsáveis e/ou cuidadores e condições socioeconômicas da família das PcD</b> .....	66
4.3	<b>Aspectos odontológicos das PcD e assistência odontológica às PcD</b> .....	71
4.4	<b>Dificuldades encontradas pelas PcD em relação à assistência odontológica</b> ....	78
4.5	<b>Associação dos determinantes primários de saúde bucal e o acesso à assistência odontológica pelas PcD</b> .....	81
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	87
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	89
	<b>APÊNDICE A – Descrição das variáveis e categorias</b> .....	98

<b>APÊNDICE B</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	102
<b>ANEXO A</b> – Formulário de caracterização demográfica, socioeconômica, escolaridade e acesso à assistência odontológica.....	105
<b>ANEXO B</b> – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas.....	107

## INTRODUÇÃO

É considerada pessoa com deficiência (PcD) aquela que apresenta limitações duradouras, podendo ser de diversas naturezas (física, social, intelectual ou sensorial), podendo impedir parcial ou totalmente a participação em sociedade, em igualdade, com as demais pessoas devido à existência de barreiras (Brasil, 2015).

As PcD não devem ser consideradas doentes, mas vivem em situações que requerem cuidados especiais e adaptações. Desse modo, os governos devem ponderar a modificação de atitudes, ambientes e equipamentos, com o propósito de permitir o livre acesso de todos, sem gerar constrangimento, e de maneira equitativa (Damiance, 2016).

Conforme o Censo Demográfico 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil possuía um quantitativo de 12.748.663 pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas (visual, auditiva, motora e mental ou intelectual), o que representava 6,7% da população brasileira. A cidade de Manaus, exibia, à época, 137.338 PcD, equivalendo a 7,6% da população do município. Interessante notar que Manaus apresentava uma prevalência de PcD mais alta que a do Brasil (IBGE, 2010). No entanto, esses números podem ser ainda maiores, uma vez que a população de PcD não se restringe às deficiências estudadas pelo Censo – 2010.

Pesquisas subsequentes, tais como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013, 2019 e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Continuada (PNAD-Contínua), 2022, demonstram que a população de PcD, em nível nacional, vem crescendo, chegando à proporção de 8,9% em 2022 (IBGE, 2015; 2021; 2023).

As PcD possuem como principal cuidador as mães, que muitas vezes precisam abandonar os empregos para se dedicar integralmente aos cuidados dos filhos (Paulo *et al.*, 2017; Grando; Hashizume, 2019; Da Silva *et al.*, 2021). Em muitos casos, as PcD moram em lares com renda média de até dois salários-mínimos ou recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), porém essa renda é insuficiente para arcar com todas as despesas (Rocha, 2012; Nogueira *et al.*, 2016; Paulo *et al.*, 2017; Dos Santos; Carneiro, 2019).

Segundo os cuidadores, as PcD possuem uma condição bucal ruim ou muito ruim (Naouri *et al.*, 2016), com relatos de problemas gengivais, de cáries, dor de dentes e diversas perdas dentárias (Cardoso *et al.*, 2011; Caires, 2018; D'Addazio *et al.*, 2021) e realizam a escovação dentária com menor frequência (Da Silva *et al.*, 2022). Além disso, algumas deficiências requerem o uso de medicamentos que reduzem o fluxo salivar ou possuem

quantidades significativas de açúcar, o que contribui para o aparecimento de doenças bucais (Dos Santos; Carneiro, 2019; Ribeiro, 2021; Da Silva *et al.*, 2022).

O conceito de acesso vem sendo amplamente discutido na literatura e sofreu alterações com o passar do tempo. Andersen e Davison (1995) definiram acesso como “o uso real dos serviços oferecidos, que acontece pela presença de recursos facilitadores”. Nesse sentido, desenvolveram o modelo comportamental, a fim de compreender os motivos que induzem as famílias a utilizarem os serviços de saúde (Andersen; Davidson, 1995).

No que tange à atenção integral à saúde da PcD, na atenção básica (AB) encontram-se fatores facilitadores, como as ações de prevenção e visitas domiciliares; e fatores dificultadores (baixa qualificação dos profissionais frente às demandas dos usuários com deficiência, falta de acessibilidade, como também a existência de barreiras arquitetônicas) (Amorim *et al.*, 2018).

O estudo de Lawrence (2014), realizado na cidade de Fortaleza, sobre o acesso de PcD a atenção à saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), sob a ótica dos cirurgiões-dentistas que atendem na AB, verificou que, apesar de grande parte dos profissionais prestar assistência odontológica para esse público, o atendimento se limita ao exame clínico, tratamento possível (não especificado) e orientação de higiene bucal. Os procedimentos realizados com mais frequência foram: profilaxia e aplicação tópica de flúor, sendo raros os procedimentos restauradores, periodontais e as exodontias; e o principal motivo pelo não atendimento às PcD foi a falta de treinamento/capacitação dos cirurgiões-dentistas (Lawrence, 2014).

Algumas pesquisas (Cardoso *et al.*, 2011; Lemos e Katz, 2012; Alvez, 2017) demonstram que a população de PcD é desassistida de atenção à saúde bucal e que esse fato pode ser explicado pela existência das seguintes barreiras: falta de acesso, existência de barreiras arquitetônicas, insuficiência de serviços apropriados e resolutivos, déficit de profissionais adequados, condições socioeconômicas e demográficas, ausência de referenciamento e de assistência odontológica especializada.

Não custa lembrar que a saúde é um direito de todos e que é dever do Estado planejar e coordenar políticas públicas com o objetivo de reduzir as doenças e seus agravos e garantir o acesso universal e igualitário visando à promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988;1990).

A saúde bucal passou a ser ofertada de maneira integral, nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), envolvendo as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) a partir da criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Projeto Brasil Sorridente, em 2004 (Brasil, 2004). Encontra-se organizada na Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB): na Atenção Básica (AB), através das Equipes de Saúde Bucal (eSB) inseridas na

Estratégia Saúde da Família (ESF), as quais atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Odontológicas Móveis (UOM), Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF); na Atenção Secundária ou média complexidade, por meio da assistência à saúde bucal especializada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD); e na Atenção Terciária ou alta complexidade nos hospitais (Brasil, 2022a). Articula-se com o Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com deficiência Viver sem Limites, que garante os direitos das PcD nas esferas da educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde, ampliando a assistência voltada às PcD (Brasil, 2013a).

Assim sendo, diante da expressiva prevalência de PcD na cidade de Manaus, da ausência de estudos locais a respeito do acesso desses indivíduos à assistência odontológica e, em virtude de a literatura científica demonstrar que, apesar dos diversos problemas bucais, essa população enfrenta dificuldades em relação à assistência odontológica, o presente estudo teve a seguinte questão norteadora: Quais aspectos estão relacionados ao acesso à assistência odontológica pelas PcD que residem em Manaus?

## **1 OBJETIVOS**

### **1.1 Objetivo geral**

Avaliar o acesso de PcD à assistência odontológica em Manaus, Amazonas.

### **1.2 Objetivos específicos**

- a) Descrever os aspectos demográficos e socioeconômicos de PcD e suas famílias;
- b) Identificar aspectos referentes a assistência odontológica das PcD em Manaus: local, distribuição de acordo com os Disa, distância percorrida, motivo, qualidade e tempo decorrido da última consulta, dificuldades;
- c) Analisar a associação entre procurar e conseguir assistência odontológica para as PcD em Manaus;
- d) Verificar a associação dos determinantes primários de saúde bucal (predisposição, recursos financeiros, necessidade e recursos) e o acesso das PcD à assistência odontológica em Manaus, baseado no modelo de Andersen.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Pessoas com deficiência

A Organização das Nações Unidas (ONU), na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, definiu a pessoa com deficiência como

o indivíduo que tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (Brasil, p. 01, 2015).

O conceito da ONU foi empregado no Brasil pela Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que trata da inclusão da PcD e assegura e promove as condições de igualdade para essa população (Brasil, 2015).

O Ministério da Saúde (MS) inclui esse grupo, na Odontologia, aos pacientes com necessidades especiais (PNE) e o considera como:

Todo o paciente que apresenta uma ou mais limitações, de caráter temporárias ou permanentes, de natureza mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de receber um atendimento odontológico de maneira convencional, esse conceito é amplo e abrange as pessoas com deficiência. As necessidades especiais são bastante amplas e podem ser devido a doenças hereditárias, defeitos congênitos, acidentes, alterações sistêmicas ou comportamentais, envelhecimento, gravidez, entre outras coisas (Brasil, p. 67, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) implementou duas classificações de referência para a descrição dos estados de saúde, a saber: a CID (Classificação Internacional de Doenças) – atualmente na sua 11ª versão; e a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde). As duas são usadas mundialmente e desempenham funções complementares na área da saúde (WHO, 2024; Brasil, 2024).

A CID-11 apresenta ferramentas digitais, garantindo maior detalhamento e precisão do diagnóstico e encontra-se disponível em 10 idiomas. Desde 2022, ano que entrou em vigor, passou a ser usada em diversos países espalhados pelo mundo. No Brasil, seus códigos são

utilizados nos diagnósticos médicos. Tais codificações são a base para as estratégias de cuidados de saúde nos níveis primários, secundários e terciários (WHO, 2024).

Por sua vez, a CIF é utilizada principalmente para o diagnóstico fisioterapêutico, permitindo uma avaliação mais precisa e detalhada a respeito da funcionalidade do indivíduo e, por esse motivo, é requerida durante o trâmite de solicitação da aposentadoria por invalidez, como também do Benefício de Prestação Continuada (BPC) – concedido à pessoa com deficiência e à pessoa idosa (Vaitsman; Lobato, 2017; Brasil, 2024).

As definições e classificações são importantes para a identificação dos indivíduos que fazem parte do grupo de PcD, a fim de garantir os direitos sociais conquistados para essa população, de modo igual, em importância, ao reconhecimento da população de um país, estado ou município, para direcionar as políticas públicas favoráveis àquela região.

A busca pelo reconhecimento social das PcD, no Brasil, acontece desde o primeiro recenseamento brasileiro, ocorrido em 1872, nomeado de Recenseamento Geral do Império do Brasil, e continuou pelos anos de 1890, 1900 e 1920. Porém, essa população não esteve presente no primeiro Censo Demográfico realizado pelo IBGE, em 1940 (IBGE, 2021; 2023).

Em 1989, por determinação legal, criou-se a Lei nº 7.853 que, em seu artigo 17, determinou a obrigatoriedade da inclusão de questões pertinentes às PcD. Assim, a partir de 1991, esse grupo passou a estar presente em todos os Censos Demográficos realizados (1991, 2000, 2010 e 2022) (IBGE, 2023). No entanto, a cada levantamento censitário, a investigação estatística sofreu alteração, devido às discussões a respeito das modificações inerentes às definições sobre o conceito de PcD (IBGE, 2018).

Para chegar ao modelo de abordagem adotado pelo IBGE em 2010<sup>1</sup>, foram necessários estudos, como também a participação de países do Mercosul para a realização de testes cognitivo e piloto. As perguntas foram alinhadas e baseadas no conjunto proposto pelo “Washington Group on Disability Statistics (WG)”<sup>2</sup>, criado com o intuito de padronizar e

---

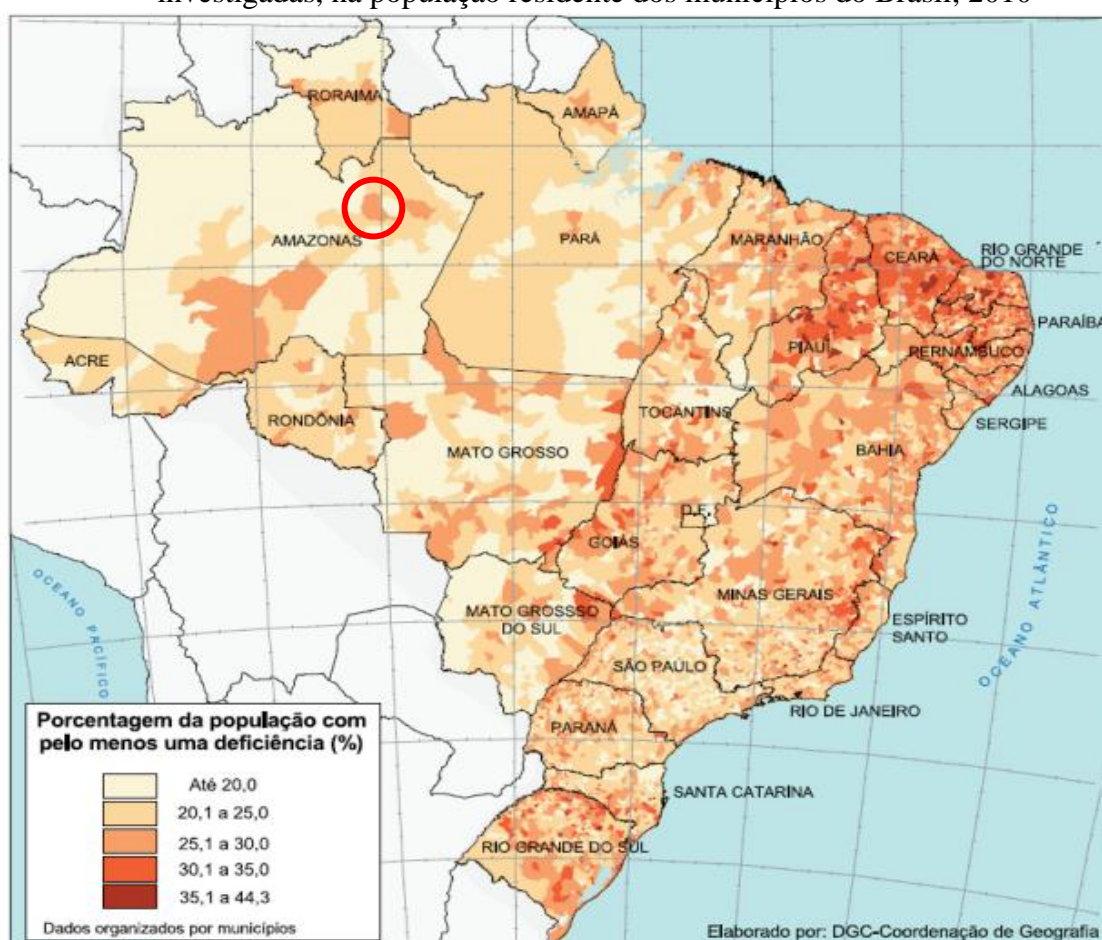
<sup>1</sup> O IBGE trazia, em seu escopo, perguntas referentes às PcDs, com o objetivo de investigar a autopercepção da população frente a dificuldades de ouvir, enxergar e caminhar ou subir escadas, mesmo utilizando objetos facilitadores, como óculos ou lentes de contato, aparelhos auditivos e bengala, como também identificar a existência de deficiência mental/intelectual permanente através da percepção de limitações nas atividades diárias, por meio de quatro perguntas curtas, uma para cada deficiência investigada, com as seguintes possibilidades de respostas: “Sim, não consegue de modo algum”; “Sim, tem grande dificuldade”; “Sim, tem alguma dificuldade”; e “Não, nenhuma dificuldade”, exceto para a indagação referente à existência de deficiência mental e/ou intelectual, que possuíam respostas dicotômicas – “sim” ou “não” (IBGE, 2010).

<sup>2</sup> Da seguinte forma: a) são considerados PcD os indivíduos que responderem ter pelo menos alguma dificuldade em um ou mais questões; b) ter pelo menos muita dificuldade em uma ou mais questões; c) não conseguir de modo algum em uma ou mais questões; d) ter pelo menos alguma dificuldade em pelo menos duas questões. O Censo 2010 utilizou a opção “a” na análise dos dados. Com isso, o morador que respondesse positivamente alguma das indagações era considerado PcD, independente do nível de dificuldade (IBGE, 2018).

harmonizar definições, conceitos e metodologia referentes ao conhecimento desta população, a fim de garantir a comparabilidade entre diferentes países (IBGE, 2018).

Assim sendo, os resultados do Censo 2010 evidenciaram uma população de 45.623.910 de PcD no país, o que representava 23,9% da população brasileira à época. No Amazonas, a população de PcD era de 791.162, correspondendo a 22,7% dos amazonenses. Enquanto a cidade de Manaus exibia 461.414 PcD, equivalente a 25,6% residentes da capital, ilustrado na Figura 1 (IBGE, 2010).

Figura 1 - Cartograma do percentual da população com pelo menos uma das deficiências investigadas, na população residente dos municípios do Brasil, 2010



Fonte: IBGE, 2010.

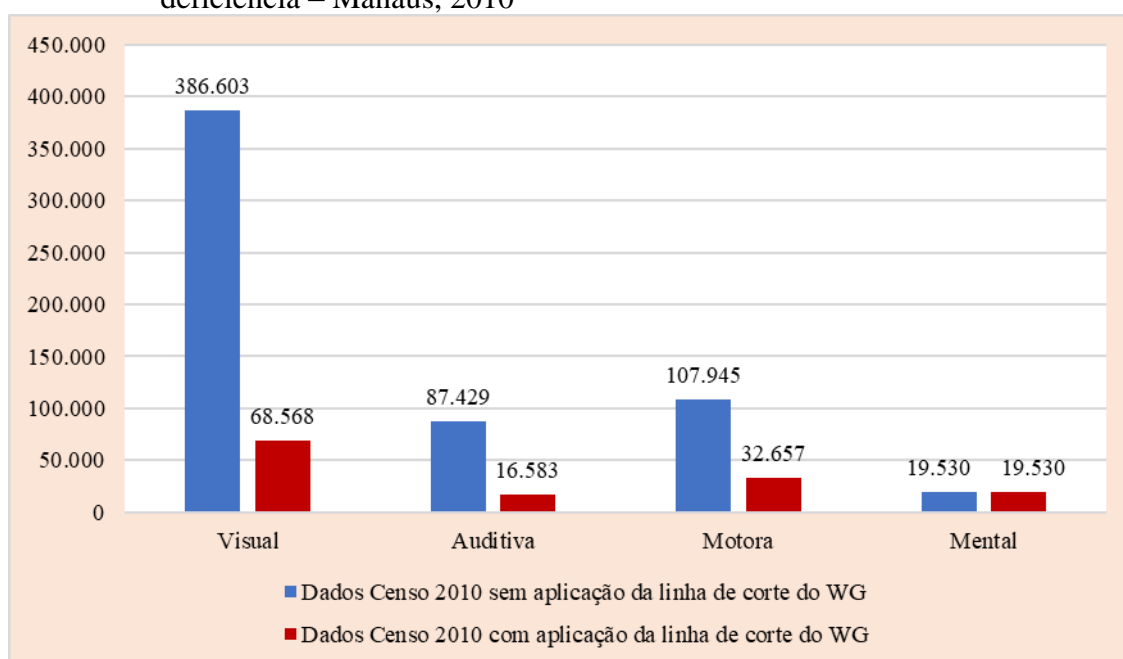
Podemos observar que, em 2010<sup>3</sup>, Manaus possuía uma proporção de PcD maior do que a encontrada no país e no Amazonas. Além disso, encontrava-se na 8ª posição com o maior

<sup>3</sup> É importante ressaltar que no Censo 2010 as perguntas que investigavam as deficiências só foram aplicadas às pessoas com 10 anos ou mais de idade.

número de pessoas com pelo menos umas das deficiências pesquisadas, em um panorama das cidades brasileiras (IBGE, 2010).

Todavia, em 2018, o IBGE publicou uma nota técnica a respeito da releitura dos dados das PcD referente ao Censo 2010, à luz das recomendações do WG<sup>4</sup>. Após o novo cálculo, houve a diminuição da prevalência de PcD tanto no Brasil que passou a ser 6,7%, quanto em Manaus – 7,6%. O Gráfico 1 exibe o quantitativo de PcD antes e depois da linha de corte do WG, por tipo de deficiência pesquisada no Censo 2010. Em decorrência do corte, houve diminuição em todas as deficiências pesquisadas, sobretudo na visual. No que tange à deficiência mental/intelectual, é importante destacar que, por ser respondida de maneira dicotômica, não houve diminuições (IBGE, 2018).

Gráfico 1 – Quantitativo de PcD, com e sem aplicação da linha de corte do WG, por tipo de deficiência – Manaus, 2010



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados do IBGE, 2010.

A respeito da divisão das deficiências de acordo com o sexo, temos, em números absolutos, uma maior predominância, no geral, do sexo feminino. Porém, nas deficiências auditivas e mental, o sexo masculino apresenta o maior número de casos, conforme mostra na Tabela 1 (IBGE, 2010).

<sup>4</sup> Classificando como PcD apenas aqueles indivíduos que responderam a opção “b”, ou seja, ter “muita dificuldade” ou “não consegue de modo algum” em uma ou mais questões apresentadas (IBGE, 2018).

Tabela 1 – Divisão das deficiências de acordo com o sexo com a aplicação da linha de corte do WG, Manaus, 2010

Deficiência	Masculino	Feminino
<b>Visual</b>	28.050	40.517
<b>Auditiva</b>	9.180	7.403
<b>Motora</b>	13.119	19.538
<b>Mental</b>	10.533	8.998
<b>Total</b>	60.882	76.456

Fonte: A autora, com base nos dados do IBGE, 2010.

Quanto a divulgação dos resultados do Censo Demográfico 2022 referentes à população de PcD<sup>5</sup>, está prevista para o último trimestre de 2024 e, portanto, não puderam ser utilizados no presente estudo (Ventura, 2024).

Outros levantamentos nacionais compreendem a população de PcD. Entretanto, utilizam metodologias diferentes dos Censos Demográficos, como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada nos anos de 2013<sup>6</sup> e 2019<sup>7</sup>, que pesquisou o Brasil e as grandes regiões; e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD-Contínua) em 2022, que investigou as regiões do Brasil e seus estados.

De acordo com a PNS 2013, 6,2% dos brasileiros eram deficientes – percentual semelhante ao Censo 2010. Com relação à tipologia da deficiência, a que apresentou maior percentual de casos na população brasileira foi a visual<sup>8</sup> (5,9%), enquanto a intelectual (0,8%) teve a menor proporção. As demais – física e auditiva<sup>9</sup> – apresentaram 1,3% e 1,1%, respectivamente (IBGE, 2015).

<sup>5</sup> Utilizando a proposição do WG (Ventura, 2024).

<sup>6</sup> A PNS 2013 investigou quatro tipos de deficiência: intelectual, física, auditiva e visual. Averiguou também a distribuição proporcional do tipo de deficiência de acordo com as grandes regiões do Brasil, sexo, faixa etária - a partir dos 2 anos de idade (nas faixas etárias: de 0 a 9 anos; de 10 a 17 anos; de 18 a 29 anos, de 30 a 39 anos; de 40 a 59 anos; com 60 anos ou mais), cor ou raça, nível de instrução. Como também buscou saber se a doença era sequela de um acidente e/ou doença ou se acompanhava o indivíduo desde o nascimento, e por fim, a procura e frequência da PcD frente aos serviços de reabilitação. Utilizou-se a proposição do WG (IBGE, 2015).

<sup>7</sup> A PNS 2019 investigou cinco tipos de deficiência de acordo com o grau de dificuldades na realização de atividades rotineiras: enxergar, ouvir, se locomover, realizar movimentos com os membros superiores; e realizar atividades habituais em decorrência de limitações nas funções mentais ou intelectuais. Utilizou-se a proposição do WG (IBGE, 2021)

<sup>8</sup> A deficiência visual foi considerada nos casos em que havia cegueira em ambos os olhos; cegueira em um olho e visão reduzida no outro; cegueira em um olho e visão normal no outro; baixa visão em ambos os olhos (IBGE, 2015).

<sup>9</sup> A deficiência auditiva foi considerada nos casos em que o indivíduo tinha surdez nos dois ouvidos; surdez em um ouvido e audição reduzida no outro; quem tinha audição reduzida em ambos os ouvidos (IBGE, 2015).

Em relação ao sexo, as deficiências pesquisadas foram mais frequentes no sexo masculino que no feminino, sendo a deficiência motora a de maior proporção, conforme a Tabela 2<sup>10</sup> (IBGE, 2015).

Tabela 2 – Prevalência das deficiências auditiva, motora e mental por sexo – Brasil, 2013

<b>Deficiência</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
<b>Auditiva</b>	1,2%	1,0%
<b>Física</b>	1,6%	1,0%
<b>Intelectual</b>	0,9%	0,7%

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados de IBGE, 2015.

A respeito da distribuição das deficiências de acordo com as regiões brasileiras (Tabela 3), notou-se que a região Norte apresentou os menores percentuais em todas as deficiências, inclusive abaixo da média nacional. A região Nordeste indica os maiores percentuais nas deficiências intelectual (0,9%) e física (1,7%); e a Sul, as maiores taxas nas deficiências auditiva (1,4%) e visual (5,9%) (IBGE, 2015).

Tabela 3 – Prevalência das deficiências por região – Brasil, 2013

<b>Deficiência</b>	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Centro-Oeste</b>	<b>Brasil</b>
<b>Visual</b>	3,0%	3,4%	3,2%	<b>5,9%</b>	3,3%	3,6%
<b>Auditiva</b>	0,8%	1,1%	1,1%	<b>1,4%</b>	1,0%	1,1%
<b>Física</b>	1,1%	<b>1,7%</b>	1,1%	1,2%	1,5%	1,3%
<b>Intelectual</b>	0,7%	<b>0,9%</b>	0,7%	0,7%	0,7%	0,8%

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados do IBGE, 2015.

A Tabela 4 apresenta a relação das deficiências por faixas etárias. Como se pode notar, a prevalência das deficiências física e auditiva aumentam à medida que a faixa etária também aumenta, o que implica dizer que o surgimento das deficiências está relacionado com o envelhecimento do ser humano<sup>11</sup> (IBGE, 2015).

<sup>10</sup> Com relação à deficiência visual, o documento analisado “Ciclos de Vida – Brasil e Grandes Regiões (2013)” não trazia as informações (IBGE, 2015)

<sup>11</sup> O documento analisado Ciclos de Vida – Brasil e Grandes Regiões (2013)” não trouxe informações a respeito distribuição das deficiências intelectuais e visuais conforme a idade, impossibilitando a verificação nos diferentes ciclos de vida.

Tabela 4 – Distribuição das deficiências física e auditiva por faixa etária – Brasil 2013

<b>Deficiência</b>	De 0 a 9 anos	De 10 a 17 anos	De 18 a 29 anos	De 30 a 39 anos	De 40 a 59 anos	Com 60 anos ou mais
<b>Física</b>	0,5%	0,5%	0,6%	1,0%	1,9%	<b>3,3%</b>
<b>Auditiva</b>	0,1%	0,3%	0,3%	0,4%	1,0%	<b>5,2%</b>

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados de IBGE, 2015.

A PNS 2019 estimou que 8,4% da população brasileira tinha alguma deficiência. Podemos notar que houve um aumento na proporção de PcD quando comparado às pesquisas anteriores. Isso pode ser explicado pelo aumento de domínios das deficiências investigadas<sup>12</sup> (IBGE, 2021).

Ao verificar a proporção nas PcD nas grandes regiões brasileiras, notou-se que no Nordeste foi de 9,9%; no Sudeste, 8,1%; no Sul, 8,0%; no Norte, 7,7%; e no Centro-Oeste de 7,1% – registrando a menor taxa entre as regiões. No Nordeste, região com maior proporção e a única que ficou acima da média nacional, todos os seus estados obtiveram percentual acima proporção brasileira, sendo Sergipe o de maior percentual (12,3% PcD), enquanto o Amazonas ocupava a 4ª posição entre os estados com os menores percentuais, com 6,2% de sua população com alguma deficiência (IBGE, 2021).

No tocante à proporção de acordo com tipologia da deficiência, a que apresentou maior porcentagem de casos na população brasileira foi a deficiência nos membros inferiores<sup>13</sup> (3,8%), e a que teve menor proporção foi a auditiva (1,1%). Nota-se que não houve diferença percentuais entre as PNS, enquanto as demais (visual, nos membros superiores<sup>14</sup> e mental<sup>15</sup>) apresentaram percentuais de 3,4%, 2,7% e 1,2%, respectivamente (IBGE, 2021).

Com relação à divisão por sexo, a proporção de PcD, no geral, foi maior no feminino: 9,9% tinham alguma deficiência, enquanto entre os homens, 6,9% representavam as PcD, semelhante ao encontrado no censo demográfico de 2010 e discordando dos resultados da PNS de 2013, em que houve maior predominância no sexo masculino. As deficiências mais presentes no sexo feminino foram a visual e em membros inferiores, ambos atingindo 2,7% das mulheres;

<sup>12</sup> Na PNS 2019 houve aumento no domínio das deficiências, de quatro para cinco, com o desmembramento da deficiência física em dificuldade de locomoção e de realizar movimentos com os membros superiores (IBGE, 2021).

<sup>13</sup> A deficiência nos membros inferiores foi avaliada a partir da dificuldade relatada para caminhar ou subir degraus.

<sup>14</sup> A deficiência nos membros superiores foi avaliada de acordo com a dificuldade relatada para levantar uma garrafa de dois litros da cintura até a altura dos olhos ou pegar pequenos objetos e/ou abrir e fechar recipientes.

<sup>15</sup> Considerou deficiente mental, incluindo a intelectual, o indivíduo que relatasse dificuldade permanente para realizar as atividades rotineiras, como se comunicar, realizar cuidados pessoais, trabalhar, ir à escola, brincar, entre outras atividades, em decorrência de sua deficiência mental.

enquanto nos homens a de membros inferiores demonstrou maior prevalência (Tabela 5) (IBGE, 2021).

Tabela 5 – Distribuição das deficiências de acordo com o sexo – Brasil, 2019

<b>Deficiência</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>
<b>Visual</b>	4,0%	2,7%
<b>Auditiva</b>	1,1%	1,1%
<b>Membros inferiores</b>	4,8%	2,7%
<b>Membros superiores</b>	3,4%	1,8%
<b>Mental</b>	1,2%	1,2%
<b>Total</b>	9,9%	6,9%

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados de IBGE, 2021.

Ao verificar o percentual de PcD de acordo com a raça/cor da pele, observou-se uma maior porcentagem naquelas que se declararam da cor preta (9,7%), enquanto na parda e branca os valores encontrados foram 8,5% e 8,0% respectivamente (IBGE, 2021).

De acordo com a faixa etária, apenas 1,5% das crianças, com idade entre 2 e 9 anos, era deficiente no Brasil, em 2019. Podemos observar um crescimento sutil conforme o aumento da faixa etária. Porém, após os 40 anos, há uma elevação dos índices, que continuam a se amplificar na faixa dos 60 anos ou mais de idade, o qual apresenta o maior percentual em todas as deficiências, como podemos observar na Tabela 6. A evidência pode indicar que o processo de envelhecimento resulta em perdas ou diminuições das funções visuais, auditivas, motoras e até mesmo das intelectuais (IBGE, 2021).

Tabela 6 – Distribuição das deficiências conforme a faixa etária – Brasil, 2019

<b>Deficiência</b>	<b>de 2 a 9 anos</b>	<b>de 10 a 17 anos</b>	<b>de 18 a 29 anos</b>	<b>de 30 a 39 anos</b>	<b>de 40 a 59 anos</b>	<b>com 60 anos ou mais</b>
<b>Visual</b>	0,5%	1,1%	1,4%	1,4%	4,4%	<b>9,2%</b>
<b>Auditiva</b>	0,1%	0,2%	0,3%	0,5%	0,9%	<b>4,3%</b>
<b>Membros inferiores</b>	0,3%	0,4%	0,5%	0,9%	3,8%	<b>14,4%</b>
<b>Membros superiores</b>	0,5%	0,4%	0,5%	0,6%	2,8%	<b>9,6%</b>
<b>Mental</b>	0,5%	0,8%	0,8%	0,8%	1,0%	<b>2,9%</b>
<b>Total</b>	1,5%	2,3%	2,9%	3,6%	10,0%	<b>24,8%</b>

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados de IBGE, 2021.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD-Contínua), realizada em 2022<sup>16</sup>, incluiu pela primeira vez a identificação das PcD<sup>17</sup>. As deficiências foram avaliadas de acordo com a dificuldade relatada em: enxergar, ouvir, andar ou subir degraus, funcionamento dos membros superiores; cognição; autocuidado e comunicação. Observa-se que nesta pesquisa houve aumento das tipologias de deficiências pesquisadas, ao compararmos com as descritas anteriormente (IBGE, 2023).

Neste levantamento, a população de PcD correspondia a 8,9% da população nacional, valor superior ao encontrado nas pesquisas citadas anteriormente. Ao avaliar a proporção segundo o sexo, notou-se que o sexo feminino apresentava percentual maior: 10% da população feminina era deficiente, enquanto no sexo masculino 7,7% tinham deficiência. Com relação à cor ou raça, houve uma maior predominância das pessoas que se autodeclararam pretas (9,5%), quando comparado às pessoas pardas e brancas, que apresentavam 8,9% e 8,7% respectivamente, conforme demonstra a Tabela 7 (IBGE, 2023).

Tabela 7 – Prevalência de PcD de acordo com o sexo e a raça – Brasil, 2021

<b>Característica</b>	<b>Prevalência</b>
<b>Sexo</b>	
<b>Feminino</b>	<b>10%</b>
Masculino	7,7%
<b>Raça</b>	
Branca	8,7%
<b>Preta</b>	<b>9,5%</b>
Parda	8,9%

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados de IBGE, 2023.

Com relação às grandes regiões brasileiras, a que teve um maior percentual de PcD foi a região Nordeste, com 5,8 milhões, representando 10,3% da população nordestina, valor este, maior que o nacional. O mesmo aconteceu com os estados que compõem essa região, sendo Sergipe o de maior percentual (12,1%). As demais regiões tiveram proporções próximas entre si, a saber: Sudeste (8,2%); Norte (8,4%), Centro-Oeste (8,6%) e Sul (8,8%). Cabe ressaltar que o Amazonas exibiu o menor percentual de PcD: 6,3% entre os estados brasileiros (IBGE, 2023).

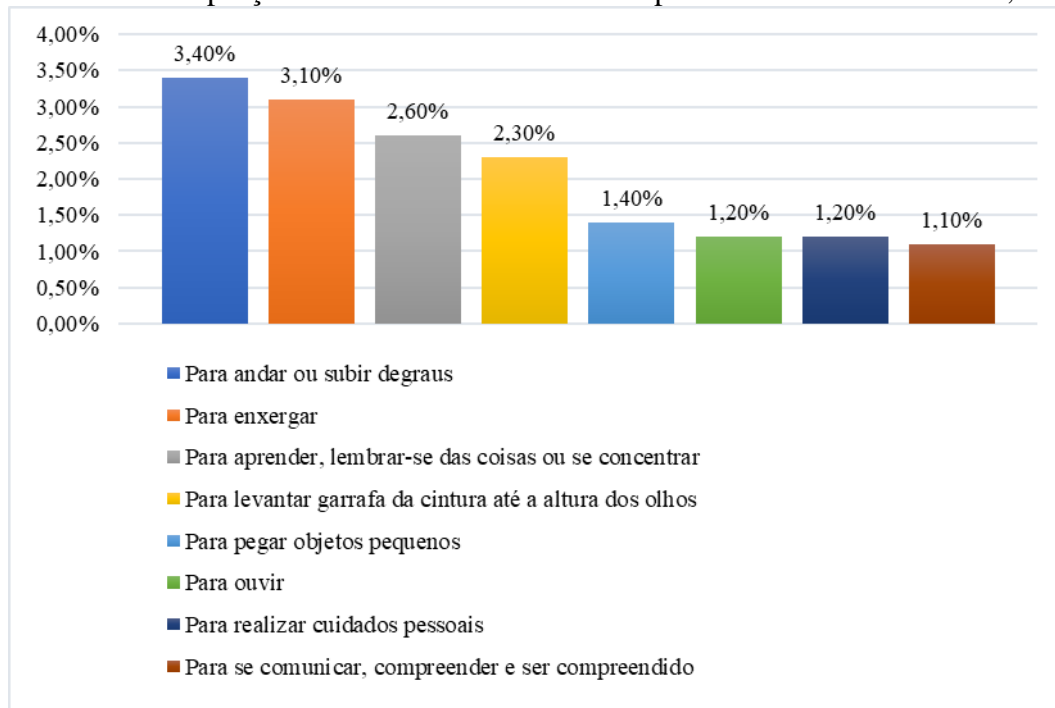
Sobre os tipos deficiência conforme a realização de atividades cotidianas, a que apresentou maior percentual – de acordo com o demonstrado no Gráfico 2 – foi “andar ou subir

<sup>16</sup> Este estudo pesquisou pessoas maiores de 2 anos de idade e as perguntas contidas no questionário respeitaram os parâmetros do WG (IBGE, 2023).

<sup>17</sup> As variáveis estudadas nas categorias funcionais foram: enxergar, ouvir, andar, funcionalmente dos membros superiores, cognição, autocuidado e comunicação. A identificação das PcD se deu a partir das respostas “ter muita dificuldade” ou “não conseguir de modo algum” (IBGE, 2023).

degraus”, correspondendo a 3,4% da população pesquisada; e a que demonstrou menor percentual foi a “dificuldade de se comunicar, compreender e ser compreendido” com 1,1% (IBGE, 2023).

Gráfico 2 – Proporção de PcD de acordo com os tipos de deficiências – Brasil, 2021



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados de IBGE, 2023.

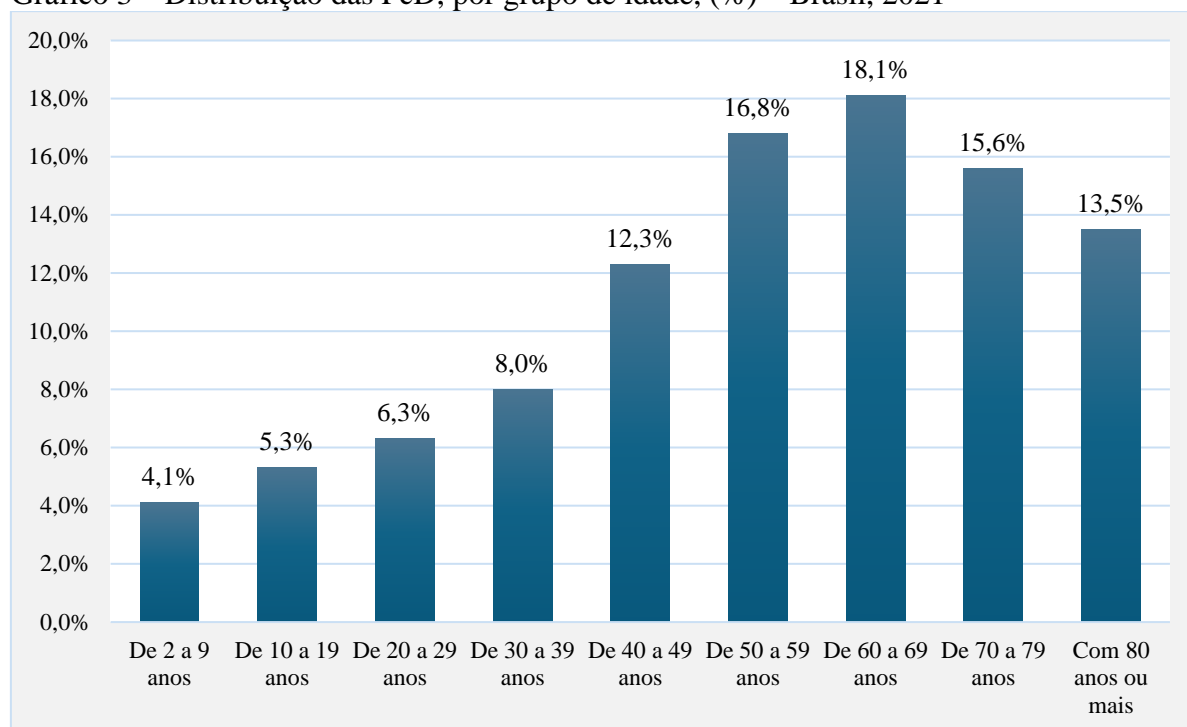
Dentre as pessoas residentes do Brasil, 5,5% correspondiam a PcD com limitações em apenas umas de suas funções, enquanto 3,4% tinham limitações em duas ou mais funções, sendo mais presente no sexo feminino (40,6%) quando comparado ao masculino (35,8%) (IBGE, 2023).

Com relação à proporção de PcD de acordo com as faixas etárias, foi possível identificar um aumento percentual proporcionalmente ao da idade, ou seja, à medida que a idade ia aumentando, a parcela de PcD também aumentava (Gráfico 3), o que pode ser explicado pelas perdas de funcionalidades que são inerentes ao ser humano com o envelhecimento. Diante disso, a população de 60 anos ou mais de idade, de todo território brasileiro, apresentou um maior percentual de PcD (47,2%). Esse fenômeno se repetiu em todas as grandes regiões, porém o Sul e Sudeste tiveram os maiores percentuais de PcD, ultrapassando 50% da população nessa faixa etária – maior do que a proporção encontrada em nível nacional (IBGE, 2023).

Ao comparar as dificuldades em realizar as atividades cotidianas com as faixas etárias, observou que na infância (crianças entre 2 e 9 anos de idade) as dificuldades mais encontradas foram na comunicação e no aprendizado e concentração, atingindo 1,3% e 1,2%,

respectivamente. Já por volta dos 40 anos a proporção das dificuldades mais encontradas foram enxergar, andar e de aprendizado, correspondendo a 2,9%, 2,1% e 2,1%, respectivamente. A partir dos 40 anos, notou-se uma maior prevalência de pessoas com deficiências.

Gráfico 3 – Distribuição das PcD, por grupo de idade, (%) – Brasil, 2021

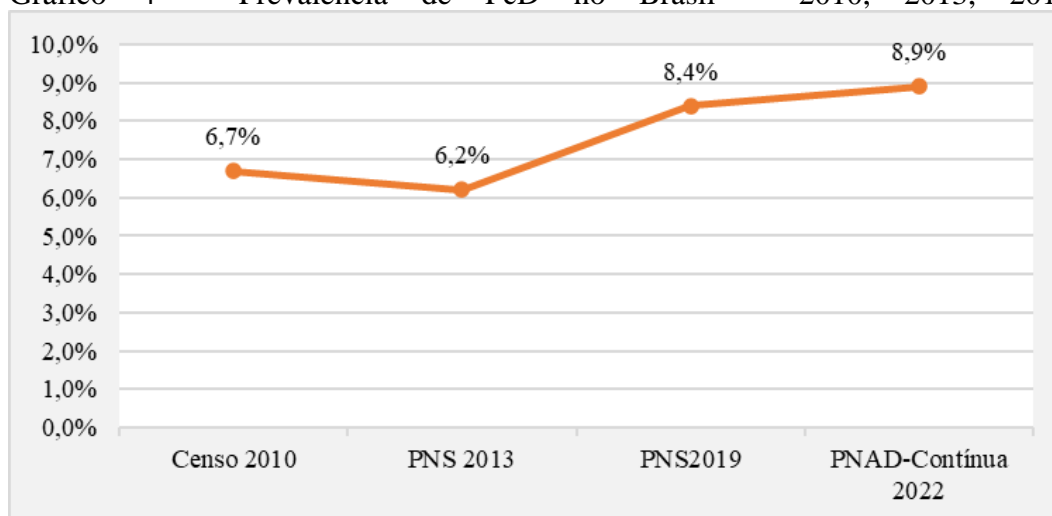


Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados de IBGE, 2023

Apesar das pesquisas citadas apresentarem metodologias diferentes, podemos notar que a proporção de PcD aumentou no decorrer dos anos, em nível nacional, conforme demonstrado no Gráfico 4. Isso pode ser explicado pela inclusão de novos domínios a cada nova pesquisa<sup>18</sup>, como também o envelhecimento populacional.

<sup>18</sup> Censo Demográfico, 2010: 4 domínios; PNS, 2013: 4 domínios; PNS, 2019: 5 domínios; PNAD-contínua, 2022: 8 domínios.

Gráfico 4 – Prevalência de PcD no Brasil – 2010, 2013, 2019 e 2022



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados de IBGE 2010; 2015; 2021; 2023.

Além das pesquisas nacionais, outros estudos investigaram a população de PcD, de uma maneira mais localizada, trazendo suas características, principalmente no que diz respeito às suas tipologias e ao sexo. Na pesquisa realizada na cidade de Passo Fundo (RS), de autoria de Pini *et al.* (2016), 32% das PcD tinham síndrome de Down; 36,2% Paralisia Cerebral e 27,7% Deficiência Intelectual e a maioria era do sexo masculino. Dos Santos e Carneiro (2019), ao pesquisarem PcD em Aracati-CE, também encontraram uma maior taxa do sexo masculino (62,9%), porém as deficiências mais encontradas foram: Deficiência Intelectual (18,5%); Paralisia Cerebral (14,8%) e Epilepsia (11,1%). Em Araguaína (TO), também houve um maior percentual do sexo masculino, no entanto a deficiência mais presente foi a referente ao Transtorno do Espectro Autista (32%) (Da Silva, *et al.*, 2022).

Diante disso, apesar de não haver uma unanimidade sobre o sexo mais predisponente a ter deficiência, visto que as pesquisas locais não vão de encontro ao mostrado nos inquéritos nacionais, podemos notar que a população de PcD vem crescendo no decorrer do tempo, como também o envelhecimento populacional.

No que tange às condições socioeconômicas das PcD, a PNS 2019 demonstrou que no Brasil havia uma maior proporção de domicílios com rendimento *per capita* entre  $\frac{1}{2}$  a 1 salário mínimo (10,7%) (IBGE, 2021), enquanto outros estudos mostraram que a maioria das PcD moram em lares com renda média de até dois salários mínimos (Rocha, 2012; Nogueira *et al.*, 2016; Paulo *et al.*, 2017; Dos Santos; Carneiro, 2019). Tal realidade pode ser explicada por haver uma grande incidência de deficiências entre as pessoas mais velhas, receptoras de aposentadoria, como também o recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) por PcD independentemente da idade (IBGE, 2021).

Embora o BPC seja um direito garantido pela constituição às PcD com renda *per capita* de até  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo (Brasil, 1998), há um alto custo financeiro e emocional na busca pelo benefício, uma vez que há muitas informações passadas ou entendidas de maneira errônea. O principal obstáculo é a falta de comunicação entre os órgãos necessários durante o trâmite de solicitação, sobretudo entre o INSS e o SUS. É comum que o médico do SUS emita um laudo incompleto (perante as exigências da perícia médica do INSS) por não ter as informações necessárias a respeito das informações relevantes para dar entrada no BPC (Vaitsman; Lobato, 2017).

Por mais que as PcD recebam benefício do governo, não é suficiente para suprir todas as despesas, muitos necessitam de medicamentos caros e encontram dificuldades para a sua aquisição (Da Silva *et al.*, 2022). No município de Marabá (PA), por exemplo, as PcD vivem em situação de baixa renda, onde 31% não possuem qualquer renda (Lima *et al.*, 2018). Já nos lares paulistas, onde há PcD a renda é menor, quando comparado aos lares sem PcD, e somente uma pessoa trabalha (São Paulo, 2023).

A taxa de analfabetismo no Brasil, em 2022, foi de 5,7%. Contudo, ao analisar apenas a população com deficiência, esse índice foi bem maior, correspondendo a 19,5%. Em contrapartida, apenas 4,1% das pessoas sem deficiência não são alfabetizadas. Quando observamos a região Norte, esta apresentava a segunda maior taxa de analfabetismo entre as PcD (21,4%), ficando atrás apenas do Nordeste (31,4%) (IBGE, 2023).

Na cidade de Marabá – PA, indivíduos com deficiência intelectual, apesar de apresentarem os maiores números de matrículas em escola de educação especial (63,1%), são os que apresentam os índices mais altos de analfabetismo (52,0%) (Lima *et al.*, 2018). No que diz respeito aos níveis educacionais, no Brasil, em 2019, as PcD possuíam menor inserção em todos os níveis educacionais, quando comparadas, proporcionalmente, com pessoas sem deficiência (IBGE, 2021). Porém, o Plano Nacional de Educação – Lei nº 13.005, de 20 de junho de 2014 – tem como meta a universalização do acesso à educação básica e especializada na rede regular de ensino para população com deficiência entre 4 e 17 anos de idade (Brasil, 2014).

Enquanto 30,9% das pessoas sem deficiência não tinham terminado o ensino fundamental ou não tinham instrução, as PcD apresentavam mais do que o dobro desse percentual (67,6%) (IBGE, 2021). Em um estudo (Rocha, 2012) realizado com PcD na cidade de Fortaleza (CE), observou que 34,8% não haviam concluído o ensino médio, 30,4% abandonaram a escola antes de concluir o ensino médio e 11,8% nunca tinham frequentado a escola. Em Marabá (PA), o cenário encontrado foi que, 63% das PcD têm, no máximo, o ensino

fundamental incompleto. Importante ressaltar que a baixa escolaridade das PcD pode resultar em um conhecimento deficitário a respeito da importância da promoção à saúde e prevenção de agravos (Nogueira *et al.*, 2016).

As PcD dependem, parcial ou totalmente, de ajuda dos seus cuidadores – a maioria do sexo feminino – para realização das atividades de vida diária, alimentares e de higiene, incluindo a bucal (Cardoso *et al.*, 2011; Naouri *et al.*, 2016; Grando; Hashizume, 2019; Ribeiro, 2021; São Paulo, 2023;), sendo a mãe a principal cuidadora (De Souza *et al.*, 2011; Paulo *et al.*, 2017; Dos Santos; Carneiro, 2019; Grando; Hashizume, 2019; Da Silva *et al.*, 2021; Fruhling *et al.*, 2022). Apesar de muitas delas receberem apoio material e emocional de outros membros da família (Damiance, 2016), ainda há aquelas que não recebem ajuda de ninguém (Damiance, 2016; Da Silva *et al.*, 2022; Fruhling *et al.*, 2022).

O cuidado com a PcD, em muitos casos, estende-se por toda a vida, o que causa preocupação nos pais mais idosos, muitas vezes já viúvos, uma vez que não saberão como proceder quando não puderem mais prestar os cuidados aos filhos (Da Silva *et al.*, 2022).

Grande parte das mães tem apenas o ensino fundamental ou médio completo (Cardoso *et al.*, 2011; Grando; Hashizume, 2019; Fruhling *et al.*, 2022; Figueiredo *et al.*, 2022) ou ainda abandonam suas carreias para assumir o papel de cuidadora e passam a ter ocupação laboral “do lar” (Grando; Hashizume, 2019; Fruhling *et al.*, 2022; Figueiredo *et al.*, 2022).

O cuidado com o filho com deficiência acontece em tempo integral, acarretando dificuldades financeiras e isolamento social e problemas no casamento, que comprometem a qualidade de vida dessas mulheres (Fruhling *et al.*, 2022).

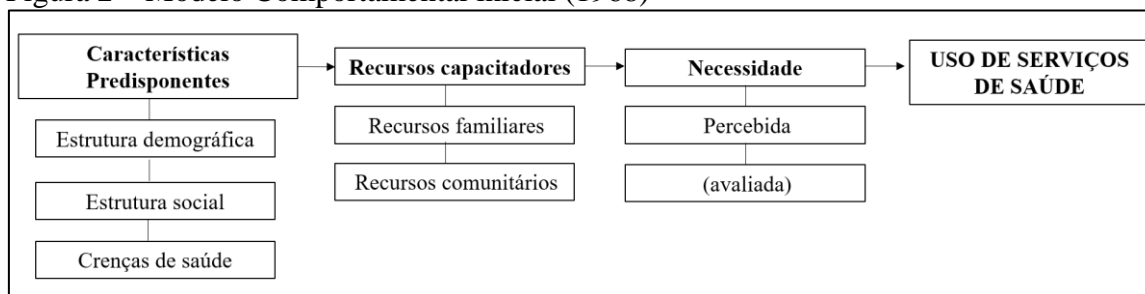
## **2.2 Acesso aos serviços de saúde bucal por pessoas com deficiência**

O conceito de acesso à saúde vem sendo amplamente discutido na literatura e modificando-se com o passar do tempo. Andersen (1968) acreditava que o acesso aos serviços de saúde deveria ser um direito de todos os indivíduos, independente das condições de pagamento, uma vez que cabe ao governo arcar com os custos do fornecimento da saúde à população. Assim, em 1968, o pesquisador criou o modelo comportamental para auxiliar na explicação da utilização dos serviços de saúde e na investigação das diferenças na quantidade do consumo dos cuidados médicos. Andersen (1968) tinha como objeto de análise a família, uma vez que ele acreditava que o cuidado ao indivíduo era decorrente das características

demográficas, sociais e econômicas da família. Porém, nas versões subsequentes optou por analisar o indivíduo, considerando a heterogeneidade presente nos membros de uma mesma família. Contudo, não isoladamente, uma vez que quando diz respeito ao estado de saúde as características da família da qual o sujeito faz parte influenciam (Andersen; Davidson, 1995).

No modelo comportamental inicial (Figura 2), Andersen (1968) acreditava que o acesso à saúde se dava em função de fatores predisponentes<sup>19</sup> – composição familiar, estrutura social e crenças de saúde; fatores capacitantes<sup>20</sup> ou facilitadores –, recursos familiares e recursos comunitários, além de fatores de necessidade<sup>21</sup> – autorrelatados pelos familiares e avaliada por um profissional (Andersen, 1968).

Figura 2 – Modelo Comportamental inicial (1968)



Fonte: Andersen; Davidson, 1995.

A necessidade, principalmente a percebida, era o fator de maior influência nos cuidados médicos, seguido pelos predisponentes/facilitadores, enquanto o acesso aos serviços odontológicos era mais bem explicado pelos fatores predisponentes e facilitadores (Andersen, 1968).

Andersen (1968) argumentava que os fatores capacitantes (profissionais e instalações de saúde) deveriam estar presentes onde as pessoas residem e trabalham e que estas deveriam

<sup>19</sup> As características predisponentes são os fatores que antecedem o problema de saúde e são responsáveis por influenciar a busca por atendimento médico ou odontológico ao determinar quem terá a maior propensão ao acesso. Por exemplo, os fatores demográficos, como o sexo e a idade representam as diferenças biológicas. A estrutura social também influencia na busca, uma vez que abrange a capacidade de lidar com os problemas atuais e os recursos destinados para a resolução. As crenças em saúde, valores e conhecimento que as pessoas têm sobre saúde e serviços de saúde, podem influenciar suas percepções subsequentes de necessidade e uso de serviços de saúde. Elas fornecem um meio de explicar como a estrutura social pode influenciar os recursos facilitadores, a necessidade percebida e o uso consequentemente. (Andersen; Davidson, 1995).

<sup>20</sup> Os recursos capacitadores são aqueles que precisam estar presentes para que o acesso e a utilização dos serviços de saúde aconteçam, como, por exemplo, as instalações de saúde nas proximidades dos locais de residência e de trabalhos da população, os profissionais, o tempo de viagem e de espera, como também as informações que são necessárias para que as pessoas cheguem até o local de atendimento médico e odontológico (Andersen; Davidson, 1995).

<sup>21</sup> A necessidade percebida refere-se à percepção e conhecimento dos indivíduos sobre o seu estado de saúde e a necessidade de cuidados, o que resultará na busca pelos serviços de saúde. Já a necessidade avaliada é o julgamento do profissional a respeito da condição de saúde do paciente, baseando-se nos sinais e sintomas do paciente. (Andersen; Davidson, 1995).

possuir meios de transporte e informações para chegar a esses serviços para, então, fazer o uso deles.

O acesso à saúde era caracterizado por Andersen (1968) como uma medida política complexa, definida em diferentes aspectos multidimensionais, a saber:

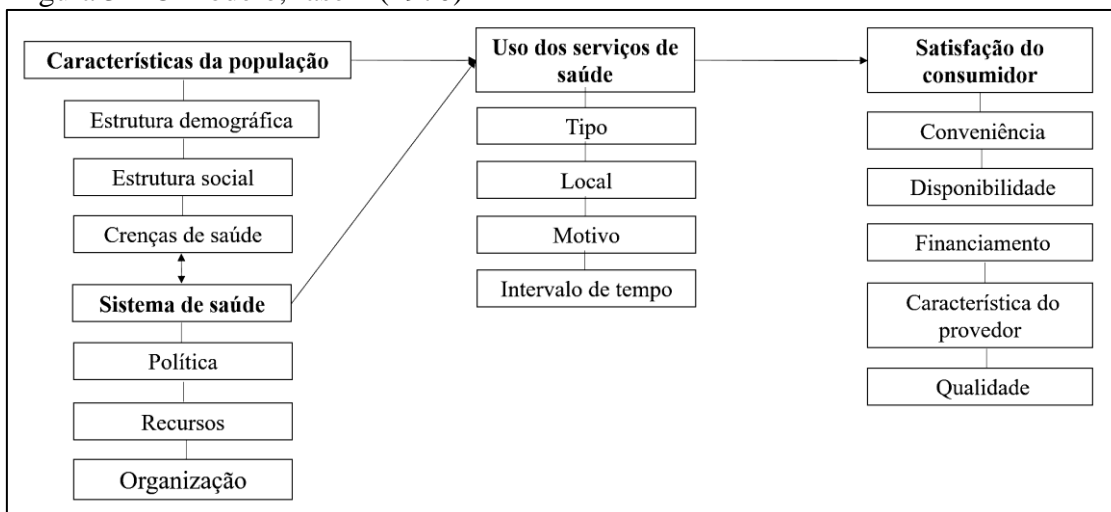
- a) Acesso potencial – relacionado à presença de recursos que irão facilitar a entrada do sujeito ao sistema de saúde. Quanto mais recursos, maior será a probabilidade de utilização dos serviços de saúde;
- b) Acesso realizado – é o real uso dos serviços de saúde;
- c) Acesso equitativo – quando as variáveis demográficas e de necessidade abrangem a maior parte das pessoas que buscam os serviços de saúde;
- d) Acesso desigual – quando a estrutura social (educação, ocupação e raça), as crenças em saúde e os recursos facilitadores determinam quem recebe cuidados médicos;
- e) Acesso efetivo – quando a utilização dos serviços de saúde reflete na melhoria do estado de saúde de uma população ou na satisfação do usuário com os serviços ofertados;
- f) Acesso eficiente – quando o estado de saúde e/ou a satisfação do usuário aumenta devido à quantidade de serviços de saúde utilizados (Andersen; Davidson, 1995).

O conceito de mutabilidade apresenta papel importante no modelo comportamental, uma vez que, para ser útil para promover acesso, uma variável tem que ser mutável e, conseqüentemente, trazer mudanças comportamentais. Com isso, temos que as variáveis demográficas (sexo, idade, estrutura social, raça) possuem baixa ou nenhuma mutabilidade, enquanto educação e ocupação não são passíveis a modificações a curto prazo para promover o acesso. A necessidade foi originalmente considerada não como uma variável mutável, mas sim como a razão imediata para a utilização ocorrer. No entanto, a necessidade de cuidados percebida pode ser aumentada ou diminuída por meio de programas de educação em saúde, recursos financeiros entre outros (Andersen; Davidson, 1995). Verificou-se que a versão de 1968 precisava de refinamentos, o que aconteceu com o passar dos anos.

Na segunda fase do modelo, desenvolvida na década de 1970, tem-se a inclusão do sistema de saúde, perante reconhecimento da importância da política de saúde, como também dos recursos e organização dos serviços de saúde. Tais aspectos são determinantes fulcrais na utilização dos serviços pela população. Nessa etapa, foram adicionadas também medidas que explicavam o uso dos serviços, por meio de variáveis como: tipo, lugar, motivo e intervalo de

tempo, assim como a satisfação do usuário com a assistência recebida, com 5 pontos de investigação, conforme demonstrado na Figura 3 (Andersen; Davidson, 1995).

Figura 3 – O modelo, fase 2 (1970)

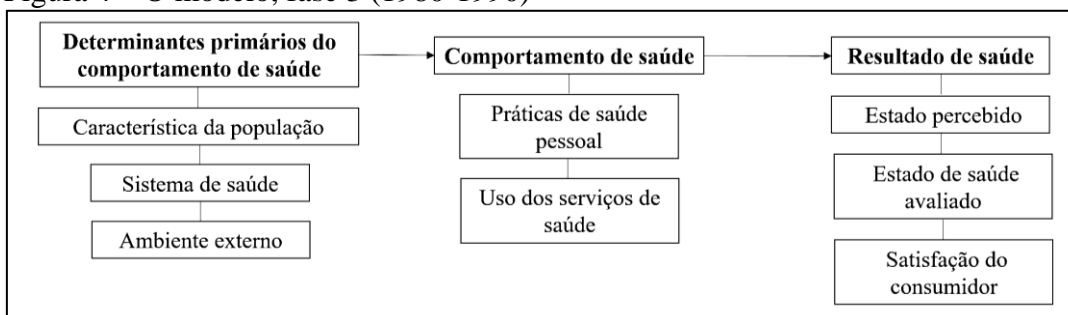


Fonte: Andersen; Davidson, 1995.

A terceira fase (Figura 4), desenvolvida entre as décadas de 1980 a 1990, nasceu através do reconhecimento de que o sistema de saúde seria responsável pela melhoria e manutenção do estado de saúde da população, sendo esta: a percebida ou avaliada. Houve também o reconhecimento que o ambiente externo (componentes físicos, políticos e econômicos) possui uma contribuição importante no entendimento do uso dos serviços de saúde. Também as práticas de saúde pessoal, como dieta, exercícios físicos e o autocuidado, refletem e interagem na busca pelos serviços e, conseqüentemente, influenciam na satisfação dos indivíduos após a utilização (Andersen; Davidson, 1995).

A inclusão dos resultados de saúde, a qual abrange a necessidade percebida e a avaliada e a satisfação do consumidor, permite estender as medidas de acesso e incluir dimensões importantes para a política de saúde, sendo elas: acesso efetivo e acesso eficiente (Andersen; Davidson, 1995).

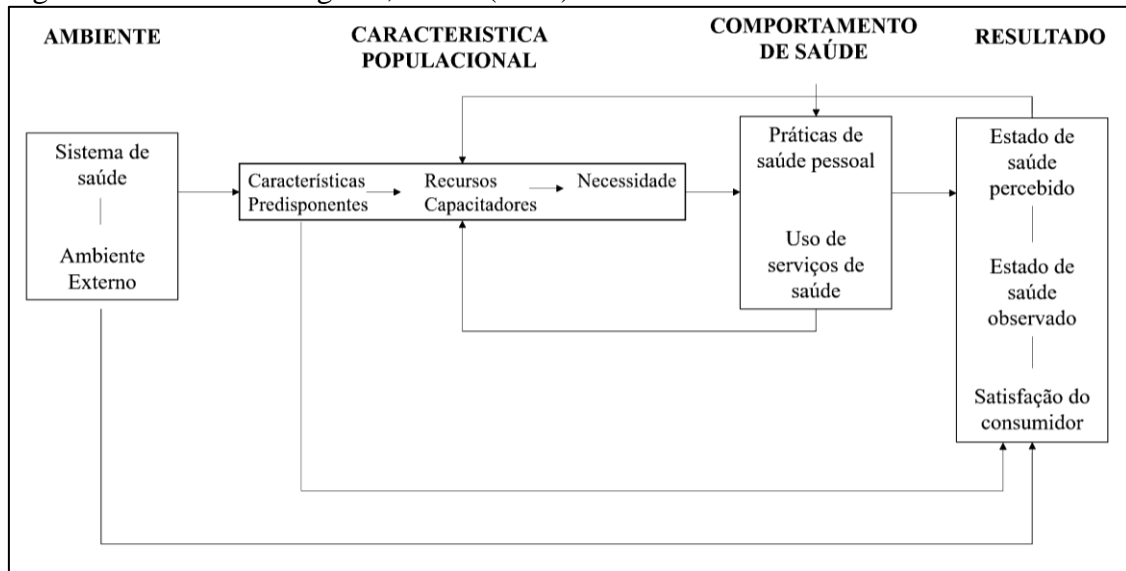
Figura 4 – O modelo, fase 3 (1980-1990)



Fonte: Andersen; Davidson, 1995.

O Modelo Comportamental de Andersen passou ainda por uma fase 04 (Figura 5), a qual o autor chamou de modelo emergente. Nela foi enfatizado, através de uma teia, que o uso dos serviços de saúde apresenta dinamicidade, retratando as suas múltiplas influências que, conseqüentemente, interferem no estado de saúde (Andersen; Davidson, 1995).

Figura 5 – Modelo emergente, fase 4 (1990)



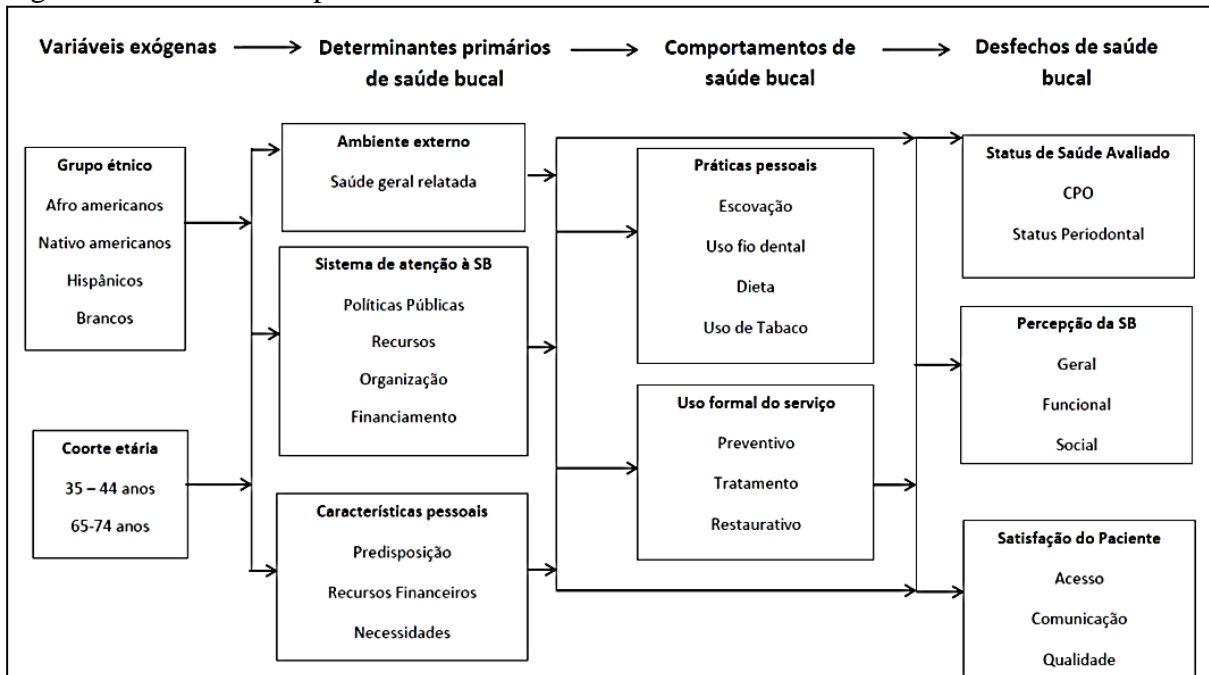
Fonte: Andersen; Davidson, 1995.

Após o passar das décadas, definiu-se acesso à saúde como o uso individual dos serviços de saúde e tudo aquilo que facilita ou impede a sua utilização, sendo o elo entre os sistemas de saúde e a população. Acrescentou-se que esse constructo não se limita apenas à visita a um profissional de saúde, comporta também os conhecimentos sobre como chegar aos serviços de saúde corretos, no momento adequado, para que as melhores condições e resultados sejam garantidos (Andersen; Davidson, 2014).

Em 1997, Andersen e Davidson avaliaram o acesso à saúde bucal (Figura 6) e verificaram que as características do ambiente externo, o sistema de atenção à saúde bucal e as características da população influenciavam diretamente nos comportamentos de saúde bucal. Relataram que pessoas com níveis educacionais mais baixos, menos conhecimento a respeito da prevenção de doenças bucais, menor disponibilidade de recursos facilitadores estavam associados à subutilização dos serviços odontológicos nos Estados Unidos da América (EUA). Fatores ambientais como a fluoretação da água, políticas públicas com assistência odontológica gratuita, com programas sobre a utilização do tabaco são os principais responsáveis por promover a saúde bucal e nutricional de uma população. Além disso, o sistema de atenção à saúde bucal precisa de políticas, recursos, organização e financiamento para impactar

positivamente na acessibilidade, disponibilidade e aceitabilidade da assistência odontológica. Incluem-se também nesse cenário as práticas individuais, como: escovação dentária, uso de fio dental, dieta e o não uso de tabaco. Tais fatores podem ter efeito direto nos resultados de saúde bucal, como, por exemplo, nas avaliações clínicas odontológicas, autopercepção sobre o estado de saúde e satisfação da população sobre os cuidados recebidos (Andersen; Davidson, 1997).

Figura 6 – Modelo Comportamental de Andersen – Saúde Bucal



Fonte: Andersen; Davidson, 1997.

Baker (2009) aplicou o Modelo Comportamental de Andersen no seu estudo realizado com os moradores do Reino Unido, com o objetivo de testar o modelo e examinar os caminhos diretos e mediados entre os fatores. O pesquisador obteve como resultados que classe social, escolaridade mais elevada e maior renda familiar estavam associados a fatores predisponentes, onde a renda familiar teve maior influência. Os fatores facilitadores que previam a necessidade foram: ter recebido aconselhamento sobre saúde bucal, encontrar tratamentos com custo acessível e não se sentir ansioso durante as consultas. Como fatores de necessidade exibiu-se associação em: indivíduos com maiores quantidades de dentes cariados ou ausentes e a percepção de necessidade de tratamento. Os melhores fatores facilitadores e de necessidade para práticas pessoais foram: escovação dentária mais frequente, consulta odontológica recente e orientação odontológica preventiva. Alguns indivíduos eram mais propensos a buscar atendimento, no entanto, era necessária a existência de recursos que lhes permitissem o uso (Baker, 2009).

Condessa e colaboradores (2021), ao utilizarem o Modelo Comportamental de Andersen e os dados da PNS 2013, identificaram que: mulheres, adultos, indivíduos da raça/cor branca, níveis educacionais melhores e renda familiar mais alta eram características comuns àqueles que foram mais ao dentista. Os indivíduos com maiores taxas de idas ao dentista também apresentaram autoavaliação da saúde bucal muito boa, melhores práticas de higiene bucal e menos dificuldades mastigatórias. Não obstante, quando se avaliam os dados específicos de PcD, nota-se que apresentaram níveis educacionais e renda familiar mais baixos. O estudo mostrou que houve diferença estatisticamente significativa em relação à última visita ao dentista entre as pessoas com deficiência, posto que as chances de visitar o dentista eram maiores no grupo sem deficiência. Mas, se observada apenas essa população, não foram encontradas diferenças significativas na utilização dos serviços dentre os cinco tipos de deficiência – intelectual, física, auditiva, visual e múltipla. Também vale frisar que as PcD com hábitos alimentares mais saudáveis tinham mais chances de ir ao dentista, porém essa população também consumia menos frutas e vegetais. Por fim, todos os resultados foram piores no grupo de PcD (Condessa *et al.*, 2021).

Por sua vez, Cardoso e colaboradores (2011), ao avaliarem o acesso aos serviços odontológicos de crianças com deficiência motora na cidade de João Pessoa (PB), notaram que a maioria já tinha ido ao dentista (69,7%) e, destes, 50,0% ocorreram no setor público. Quanto aos procedimentos, os de cunho preventivo foram mais realizados (43,3%). Além disso, 72,1% dos responsáveis disseram existir uma maior necessidade de cuidado da saúde bucal de crianças com deficiência motora quando comparadas às demais pessoas; e os principais problemas de saúde bucal relatados foram dor de dente e perda da função (Cardoso *et al.*, 2011).

No que diz respeito ao acesso à assistência odontológica e às condições socioeconômicas, um estudo realizado na cidade de Nova Friburgo (RJ) notou que pessoas com deficiência intelectual que moram em residências com maior aglomeração apresentam maiores índices de CPO-D<sup>22</sup> e visitas aos dentistas. Não obstante, as consultas eram voltadas para resolução de problemas bucais agudos com maiores níveis de complexidade. Apesar das PcD serem assistidas, não obtinham a conclusão do tratamento odontológico, pois eram encaminhadas de um profissional para outro, ocasionando a desistência por parte dos responsáveis, desencadeando um aumento de necessidades odontológicas e conseqüentemente em uma maior demanda (Alves, 2017).

---

<sup>22</sup> Índice referente a dentes permanentes cariados, perdidos e obturados.

Na cidade de São Paulo, em 2016, Damiance identificou que 87,3% dos PcD já tinham ido ao dentista. No entanto, 74,6% não faziam o uso regular dos serviços odontológicos. Segundo a pesquisadora, houve relatos de baixa confiança dos responsáveis na capacidade resolutiva dos serviços públicos próximos às suas casas, principalmente no que diz respeito à capacidade resolutiva dos CD (Damiance, 2016).

Outro estudo, realizado por Da Silva *et al.* (2022), na cidade de Araguaína (TO), em 2022, deu conta de que 38,0% dos responsáveis levavam as PcD sempre que podiam; e 36% somente em caso de dor ou cárie. 43,4% dos procedimentos odontológicos realizados nas consultas eram de caráter preventivo e, ainda, 32% apresentavam edentulismo parcial ou total, configurando-se na necessidade de prótese dentária (Da Silva *et al.*, 2022).

A pesquisa de Caires, realizada na cidade de São Paulo (2018), evidenciou que a maior necessidade das PcD era relativa a tratamentos periodontais. No entanto, um número significativo precisava de exodontias e tratamentos restauradores. Também a necessidade aumentava com o avançar da idade (Caires, 2018). A esse respeito, Morais Junior e colaboradores (2019), em João Pessoa (PB), identificaram que as profilaxias foram realizadas com maior frequência em PcD que não tinham síndrome de Down e as aplicações tópicas de flúor eram realizadas mais em pacientes sem autismo (Morais Junior *et al.*, 2019).

Como se nota, os estudos até aqui mencionados nos permitem argumentar que existem barreiras com relação ao acesso à assistência odontológica em várias regiões do Brasil, especificamente quanto às condições socioeconômicas, às dificuldades na linguagem e comunicação (principalmente com os deficientes auditivos), além de barreiras psicossociais, estruturais e culturais, dentistas que recusam o atendimento, baixa oferta de dentistas especialistas em PNE e pouca quantidade de vagas (Damiance, 2016; Paulo *et al.*, 2017; Ribeiro, 2021; Cardoso *et al.*, 2021).

Outras barreiras também são encontradas na literatura, tais como: demora no agendamento e grande espera para a consulta, não respeitando o atendimento prioritário (Cardoso *et al.*, 2011; Rocha, 2012). São mencionadas, ainda, barreiras arquitetônicas, falta de tempo, criança não colaborativa e dificuldade em realizar atendimento sob anestesia geral, o que dificulta o manejo do paciente não colaborativo (Lemos; Katz, 2012; Alvez, 2017; Grando; Hashizume 2019; Cardoso *et al.*, 2021). Há ainda responsáveis que não consideram consultas com o dentista importantes ou ainda que dão prioridade para as consultas médicas (Grando; Hashizume, 2019; Ribeiro, 2021).

Apesar das barreiras e recusas dos dentistas na assistência à PcD, os cuidadores avaliaram a assistência recebida positivamente, com uma boa receptividade na clínica

odontológica, como apontam Damiance (2016) e Volquind *et al.* (2021). Isso se deve, segundo Damiance (2016), ao fato de que a PcD foi tratada como a que mais precisava de atenção, além de ter sido encaminhada a um profissional mais qualificado, quando necessário, como ressaltam Grandó e Hashizume (2019).

Lawrence e colaboradores (2014), ao estudarem o acesso das PcD à assistência odontológica na AB, na cidade de Fortaleza, sob a ótica do cirurgião-dentista das UBS, constataram que havia uma quantidade significativa de profissionais que atendiam PcD. Entretanto, os tratamentos se resumiam ao exame clínico, orientação de higiene bucal, profilaxia e aplicação tópica de flúor, além de tratamento possível (não explicitado pelos entrevistados). Em outro estudo, desenvolvido por Rocha (2012), também realizado na cidade de Fortaleza, verificou-se que, apesar de 70,8% dos dentistas entrevistados terem especialização, 83,1% não tinham treinamento especial para atender PcD e 53,9% não se sentiam qualificados para atender PcD devido a dificuldades de manejo (Rocha, 2012).

Pesquisas realizadas em outros países (D'Addazzio *et al.*, 2021; Lewis *et al.*, 2005), evidenciam que as PcD têm dificuldades em encontrar dentistas que estejam dispostos a atendê-las. A pesquisa de D'Addazzio, na Itália, verificou que os 54% dentistas não atendem PcD com deficiência cognitiva, não colaborativas, e dão preferência àquelas com deficiência física e intelectual colaborativas. Todavia, a média total de atendimentos por ano era menor que 10, sendo de tratamentos de emergência ou de primeira necessidade, uma vez que os responsáveis relataram encontrar dificuldades em conseguir assistência adequada e deixavam para ir ao dentista apenas quando era extremamente necessário (D'Addazzio *et al.*, 2021).

Já nos EUA, conforme Lewis *et al.* (2005), os pais relatam alto custo, problemas com planos de saúde e problemas no transporte (Lewis *et al.*, 2005). Segundo Lewis e colaboradores (2005), a necessidade percebida de atendimento odontológico em crianças com deficiência, na Inglaterra, excedeu as de atendimento médico preventivo e especializado. Porém, ir ao médico regularmente configurou-se como fator de proteção contra as necessidades odontológicas (Lewis *et al.*, 2005). Por sua vez, em um estudo na França, de autoria de Naouri (2016), percebeu-se que 45% das PcD consultaram o médico especialista no intervalo de um ano. Essa porcentagem caiu para 27% no que diz respeito à consulta com dentista (Naouri *et al.*, 2016).

Na visão dos cirurgiões-dentistas, precisa haver dentistas especializados e treinados para realizar o atendimento odontológico em PcD (D'Addazzio *et al.*, 2021) e a inclusão dos cuidados odontológicos à PcD nas grades curriculares geraria benefícios. Não obstante, alguns acreditam que tal criação iria reforçar o discurso de “deixar para outra pessoa fazer o serviço”, limitando ainda mais o acesso. A CODA (*Commission on Dental Accreditation*), responsável

por programas de educação em Odontologia nos EUA, afirmou, em 2006, que os graduandos devem ser competentes na avaliação das PcD, no entanto, menos de 25% das universidades americanas têm estudantes envolvidos no atendimento dessas pessoas (Ackerman, 2013).

Além das dificuldades de acesso, no que tange aos problemas de saúde bucal referentes a essa população, responsáveis classificaram como ruim ou muito ruim (Naouri *et al.*, 2016) e relataram alta incidência de alterações na cavidade bucal, onde os principais problemas foram: sangramento gengival frequente, existência de cárie, dor de dente e a extração de muitos elementos dentários e, conseqüentemente, a necessidade de próteses dentárias (Cardoso *et al.*, 2011; Caires, 2018; D'Addazio *et al.*, 2021; Ribeiro; 2021). Assim sendo, os estudos evidenciam que as PcD precisam mais dos cuidados odontológicos do que aquelas sem deficiências (Cardoso *et al.*, 2011). Em uma escala de 0 a 10, a média de necessidade de tratamento odontológico foi de 8,72 (Damiance, 2016).

Pini e colaboradores (2016), ao estudarem PcD da APAE de Passo Fundo (RS), encontraram índice de higiene bucal (IHOS) regular, com média de 1,3, e CPO-D médio de 11. Não obstante, mais de 50% apresentavam um CPO-D menor ou igual a 10. Resultados próximos foram encontrados por Dos Santos e Carneiro (2019): médias de CPO-d e ceo-d de 12,84 e 7,5 respectivamente, demonstrando que as PcD pesquisadas possuíam índices de cárie muito altos.

As alterações bucais nesta população podem ser explicadas por dificuldades na higiene bucal e ainda pelo uso de medicamentos que reduzem o fluxo salivar e/ou contêm açúcar, aumentando as chances de desenvolver doenças bucais (Dos Santos; Carneiro, 2019; Ribeiro, 2021; Da Silva *et al.*, 2022).

Estudo de Flório *et al.* (2007), realizado na cidade de Araras (SP), mostrou que 100% das PcD possuíam escovas de dentes individuais (Flório *et al.*, 2007) e a maioria alegou fazer 3 escovações diárias com dentifrício fluoretado. Todavia, alguns não realizavam escovações dentárias, o que se assemelha aos resultados apontados por Pini *et al.* (2016), Grando e Hashizume (2019), Dos Santos e Carneiro (2019), Da Silva *et al.* (2022). Também não utilizavam fio dental nem enxaguante bucal: 63,0% e 50,9%, respectivamente (Grando; Hashizume, 2019). Mesmo os cuidadores realizando a higiene bucal das PcD, algumas escovam os próprios dentes (Pini *et al.*, 2016; Dos Santos; Carneiro, 2019). Entretanto, a realização da higiene bucal muitas vezes é dificultada devido a doenças crônicas ou a comprometimentos decorrentes das deficiências (Dos Santos; Carneiro, 2019).

Como se nota no diálogo com as pesquisas dos vários autores aqui apontados, apesar da existência de diversas barreiras no acesso à assistência odontológica para PcD, sobretudo as condições socioeconômicas, a maioria já tinha ido ao dentista, ainda que não seja por

prevenção. Mesmo com a resistência dos CD em atendê-los, os responsáveis avaliaram de forma positiva todo o tratamento recebido. Ainda assim, como se nota, há uma carência na literatura referente a essa temática, principalmente na região Norte do Brasil, em particular, no Amazonas.

### **2.3 Rede de Atenção à Saúde Bucal**

A Constituição Brasileira, vigente desde 1988, em seus artigos do 196 ao 200, garante a implementação de um sistema de saúde de responsabilidade do Estado, para todos, descentralizado e com participação popular (Brasil, 1988), o que possibilitou a criação do SUS, dois anos depois, por meio da Lei 8080/1990, resultando em um sistema de saúde público integral, equitativo e universal (Brasil, 1990).

Após a criação do SUS, o Brasil levou 16 anos para enxergar a saúde bucal como uma política prioritária. Tal marco ocorreu com a criação, em 2004, da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente (Brasil, 2004). Entretanto, somente em 2023, a PNSB foi reconhecida como uma política de Estado e não de Governo, quando o presidente da república em exercício, Luiz Inácio Lula da Silva, sancionou o projeto de lei nº 8.231/2017, que inclui a PNSB – na Lei Orgânica do SUS, criando a Lei nº 14.572, em 08 de maio de 2023<sup>23</sup> (Brasil, 2023a; 2023b). Assim, 19 anos depois da criação da PNSB, a saúde bucal passou a ser efetivamente inserida no campo de atuação do SUS.

A estrutura operacional do SUS da assistência odontológica acontece através das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas. A AB, além de ser a principal porta de entrada do SUS e conseguir resolver cerca de 80% dos problemas de saúde, é responsável por coordenar o usuário pelos outros pontos de atenção à saúde – atenção secundária e terciária – quando as suas necessidades não puderem ser resolvidas somente com as ações e serviços da AB, potencializando e garantindo a integralidade do cuidado (Oliveira, 2016).

---

<sup>23</sup> Com a inserção efetiva da saúde bucal no SUS, o MS prevê o fortalecimento do Brasil Sorridente. Para isso, realizará a ampliação de 3.685 equipes de saúde e 630 novos serviços habilitados como UOM, CEO e LRPD em todo território nacional. No estado do Amazonas, serão 25 novas eSB e 7 LRPD. Estima-se, com esses credenciamentos, alcançar 10 milhões de pessoas a mais, totalizando mais de 111 milhões de brasileiros (Brasil, 2023b).

Assim como a assistência geral, a saúde bucal também é organizada em rede. Definida como Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), a RASB na AB atua através das equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e as Unidade Básicas de Saúde Fluvial (UBS fluvial). Na Atenção Especializada, é composta pelos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) – média complexidade; e por hospitais com atendimento odontológico sob anestesia geral e tratamento de câncer de boca (alta complexidade). Além dos níveis de saúde, apresenta ponto de apoio como os Laboratórios Regional de Prótese Dentária e o Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (Brasil, 2018).

No âmbito da saúde bucal, a AB é a principal porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), além de coordenar o cuidado e ordenar as ações e serviços de caráter individuais e coletivos voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos por meio das eSB. A AB é responsável pela resolução de grande parte dos problemas de saúde da população e oferece atendimento a todas as pessoas, de acordo com as suas necessidades, sem fazer qualquer discriminação (Brasil, 2017a). Além disso, encaminha para os CEO e os estabelecimentos de alta complexidade, quando necessário (Basil, 2008).

O conhecimento territorial é um aspecto fundamental da AB, que deve ir além do espaço geográfico, abrangendo as crenças culturais, contexto histórico, perfil demográfico e epidemiológico e todos os aspectos que refletem na saúde da população de sua área de abrangência, para solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância, a fim de evitar os agravos (Brasil, 2018).

No que diz respeito à implementação das eSB à AB, esta pode ser realizada em duas modalidades: Modalidade I - Cirurgião-dentista (CD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) ou Técnico em Saúde Bucal (TSB); Modalidade II – CD, TSB e ASB ou um outro TSB. E a partir destas modalidades é que serão distribuídos os incentivos (Brasil, 2017a).

Em 2023, por meio da Portaria GM/MS nº 751, de 15 de junho de 2023, instituiu-se o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb), que se configura em serviço bucal especializado no âmbito das ações da AB, em municípios com até 20 mil habitantes e que não possuam CEO (Brasil, 2023c).

A atenção especializada ambulatorial, realizada pelos CEO, tem como objetivo a resolução dos principais problemas de saúde bucal e agravos da população, cuja nível de complexidade requer especialidades odontológicas e utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (Brasil, 2018).

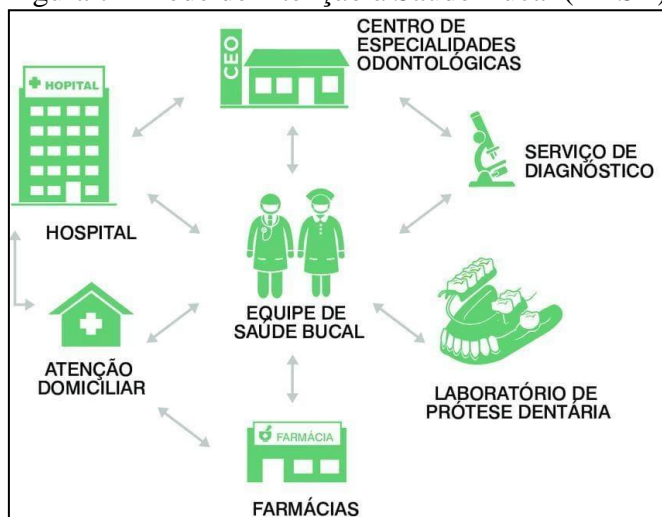
Os CEOs devem oferecer, no mínimo, para os usuários do SUS as seguintes especialidades: Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção de câncer bucal;

periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais (Brasil, 2006a). Quanto à tipologia dos CEO, essa vai ser definida pela quantidade de equipes odontológicas, quantidade de cirurgião-dentista (CD) e pelas horas semanais mínimas que cada especialidade deverá cumprir, a saber:

- a) Tipo I: 3 equipes; 3 ou mais CD e 1 auxiliar por equipe; oferecer, no mínimo, 60h semanais da especialidade de periodontia; 80h semanais de cirurgia oral menor; 35h semanais de endodontia e 80h semanais da especialidade de pacientes com necessidades especiais (PNE).
- b) Tipo II: 4 a 6 equipes; 4 ou mais CD e 1 auxiliar por equipe; oferecer, no mínimo, 90h semanais da especialidade de periodontia, 90h de cirurgia oral menor, 60h de endodontia e 110h da especialidade de PNE.
- c) Tipo III: 7 ou mais equipes; 7 ou mais CD e 1 Auxiliar por equipe; oferecer, no mínimo, 150h semanais da especialidade de periodontia; 170h de cirurgia oral menor; 95h de endodontia; 190h da especialidade de PNE (Brasil, 2006a).

A atenção terciária ou alta complexidade é um conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e tem como objetivo proporcionar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (Brasil, 2006b). Com relação à odontologia no ambiente hospitalar, em 2005, o MS concedeu ao CD a permissão para a emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (Brasil, 2005). Na imagem a seguir, temos o modelo esquemático da RASB, com seus elementos responsáveis pela saúde bucal da população nos 3 níveis de atenção (Figura 7).

Figura 7 – Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB)



Fonte: Brasil, 2018.

Ações transversais específicas para as PcD estão articuladas com a RASB e o Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência – Viver sem Limites, criado em 2011, reforçando o compromisso do Brasil com a ONU, no que se refere aos direitos das PcD nas esferas da educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde – incluindo a saúde bucal em um conjunto de ações na assistência odontológica às PCD nos três níveis de atenção: na AB, com a capacitação de 6 mil eSB para atendimento à PcD; na secundária, com capacitação de 600 equipes de CEO para atender PcD e a adesão de CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD); e na terciária, com a qualificação de 81 centro cirúrgicos (Brasil, 2013a).

A RCPD, criada em 2012 a partir do Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência – Viver sem Limites, é uma das Redes Temáticas Prioritárias do SUS<sup>24</sup> e baseia as suas diretrizes no respeito aos direitos humanos, promoção da equidade, garantia do acesso e qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, atenção humanizada e centrada na necessidade das pessoas. Tem como objetivos: ampliar o acesso e qualificar o atendimento às PcD; promover a vinculação das PcD e de suas famílias aos pontos de atenção; garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco (Brasil, 2012).

No que diz respeito ao atendimento de PcD na AB, deve haver uma busca efetiva e criteriosa para garantir seu atendimento. As eSB devem ser capacitadas para proporcionar o melhor atendimento e encaminhar aos demais níveis quando existir a necessidade de um profissional mais qualificado e/ou atendimento sob anestesia geral nos casos mais complexos. (Brasil, 2008). No entanto, cuidadores de PcD na cidade de Fortaleza, por exemplo, alegaram que, ao procurar atendimento odontológico na Unidade Saúde da Família (USF), tiveram dificuldades em recebê-lo. Além de os responsáveis não saberem como funcionava a organização da unidade, alegavam equipes insuficientes para a demanda e falta de intérpretes da Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS) (Rocha, 2012).

No que tange aos CEO, além de, obrigatoriamente, apresentarem no seu escopo a especialidades de PNE (responsável pelo atendimento de PcD), há incentivos financeiros aos CEO que fizerem parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) (Brasil, 2012).

A RCPD, com o objetivo de garantir assistência odontológica irrestrita às PcD, atua na atenção terciária, adequando centros cirúrgicos em ambiente hospitalar, a fim de ampliar o

---

<sup>24</sup> Englobando também a Rede Cegonha, Rede de Atenção a Urgência e Emergência e a Rede de Atenção Psicossocial.

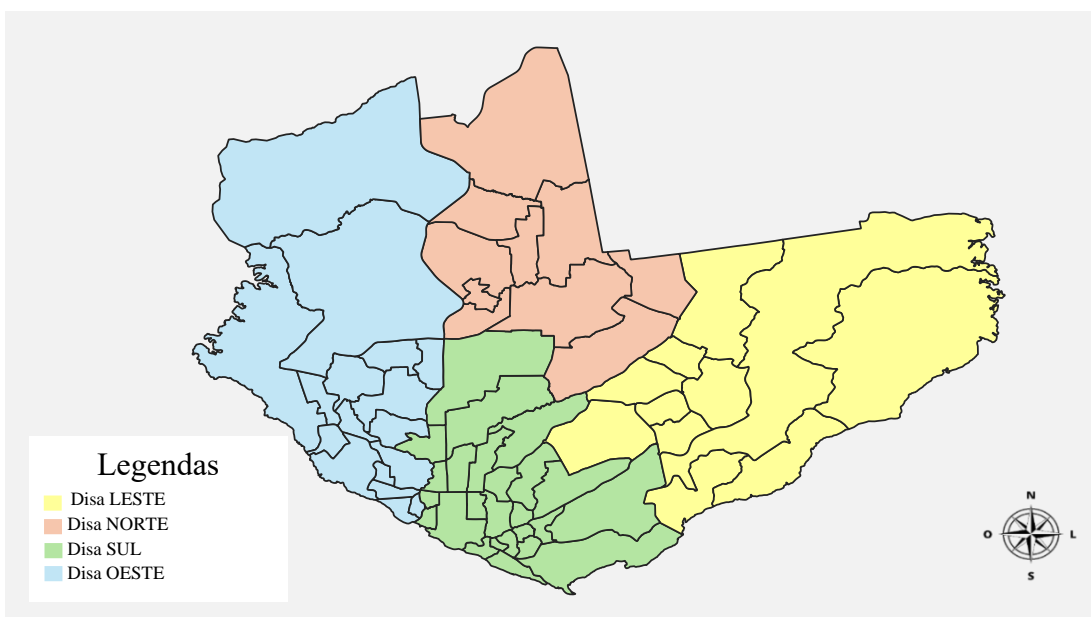
atendimento das urgências e emergências odontológicas e possibilitar a realização de procedimentos sob sedação e anestesia geral em PNE (Brasil, 2017b).

Diante das dificuldades da AB e dos CEO em encaminhar os PcD, quando necessitavam, para atendimento odontológico sob anestesia geral – em ambiente hospitalar – e quando conseguiam realizá-lo, os profissionais não tinham com registrar o procedimento. Assim, em 2010, o MS, por meio da Portaria nº 1.032/GM, incluiu o procedimento odontológico à Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS voltado para os PNE que necessitam de atendimento em ambiente hospitalar (Brasil, 2010). Em janeiro de 2014, o MS publicou a Nota Técnica nº 01/2014, a qual possibilitava que todos os procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar fossem registrados e informados pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIH), independentemente do motivo da internação (Brasil, 2013b).

### 2.3.1 Rede de Atenção à Saúde Bucal em Manaus

No que diz respeito aos serviços de saúde em Manaus, temos que a cidade é dividida por Distritos de Saúde (Disa), sendo eles Leste, Norte, Sul e Oeste, como demonstrado na Figura 8.

Figura 8 – Mapa da área urbana de Manaus com divisões por Distritos de Saúde



Fonte: A autora, 2024.

O Quadro 1 apresenta a distribuição dos bairros de Manaus de acordo com os respectivos Disa: o Norte abrange 10 bairros; o Leste com 11 bairros; o Sul possui 25 bairros; e o Oeste com 17 bairros.

Quadro 1 – Distribuição dos bairros por Distritos de Saúde, zona urbana, Manaus

<b>Disa Norte</b>	<b>Disa Leste</b>	<b>Disa Oeste</b>	<b>Disa Sul</b>
Cidade de Deus	Armando Mendes	Alvorada	Adrianópolis
Cidade Nova*	Colônia Antônio Aleixo	Compensa*	Aleixo
Colônia Santo Antônio	Coroado	Da Paz	Betânia
Colônia Terra Nova	Distrito Industrial II	Dom Pedro I	Cachoeirinha
Lago Azul	Gilberto Mestrinho	Glória	Centro
Monte das Oliveiras	Jorge Teixeira*	Lírio do Vale	Chapada
Nova Cidade	Mauazinho	Nova Esperança	Colônia Oliveira Machado
Novo Aleixo	Puraquequara	Planalto	Crespo
Novo Israel	São José Operário	Ponta Negra	Distrito Industrial I
Santa Etelvina	Tancredo Neves	Redenção	Educandos
	Zumbi dos Palmares	Santo Antônio	Flores
		Santo Agostinho	Japiim*
		São Jorge	Morro da Liberdade
		São Raimundo	Nossa Senhora Aparecida
		Tarumã	Nossa Senhora das Graças
		Tarumã-Açu	Parque 10 de Novembro
		Vila da Prata	Petrópolis
			Praça 14 de Janeiro
			Presidente Vargas
			Raiz
			Santa Luzia
			São Francisco
			São Geraldo
			São Lázaro
			Vila Buriti

\*Bairro com maior quantidade de habitantes em cada Disa.

Fonte: Manaus, 2018.

Os Disa possuem estabelecimentos de saúde voltados à assistência odontológica nos três níveis de atenção. Conforme demonstrado na Tabela 9, o Disa Leste apresenta a maior concentração de pessoas: 592.543 moradores. Em contrapartida, representa a menor renda média, correspondendo a 818,73 reais. O Disa Norte abrange a segunda maior população – 592.329 habitantes, e a segunda menor renda, a saber: 891,40 reais. O Disa Sul tem 19.252 pessoas e a maior renda entre os demais (1.894,16 reais) e o distrito com o menor quantitativo de indivíduos é o Oeste, com 475.135, porém, com a segunda maior renda: 1.786,00 reais (Manaus, 2018; Amazonas, 2021). Os Disa Leste e Norte, apesar de possuírem as maiores quantidades populacionais, são os com menores quantidades de bairros e menores renda. Além disso, o Disa Norte possui a maior concentração de estabelecimentos do SUS com atendimento odontológico, embora não possua a maior quantidade de habitante. Quando comparado ao

Leste, Disa com maior número de habitantes, há 35% a mais de locais públicos com assistência odontológica (Tabela 8).

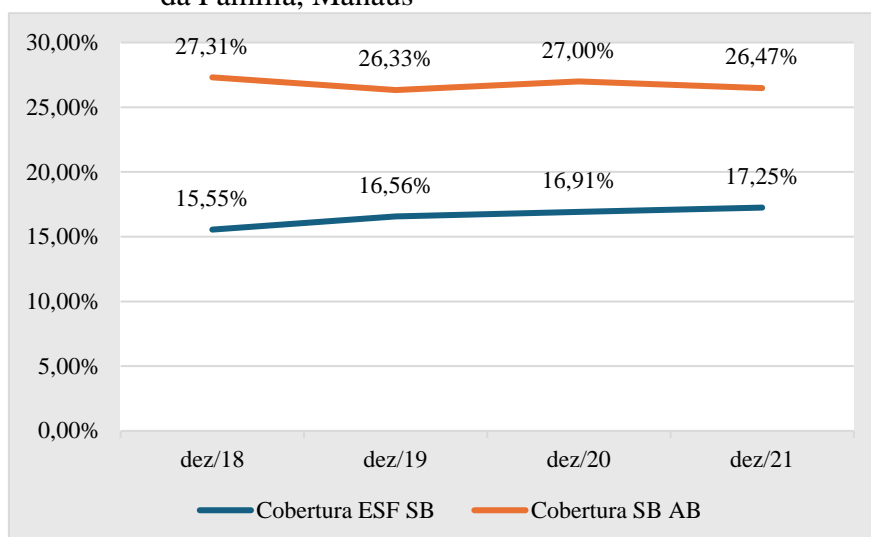
Tabela 8 – Distribuição dos Distritos de Saúde, população, bairros, estabelecimentos do SUS com assistência odontológica e média da renda em reais

Disa	População	Nº de bairros	Nº de estabelecimentos do SUS com atendimento odontológico	Renda Média (R\$)
LESTE	592.543	11	29	818,73
NORTE	592.329	10	45	891,40
SUL	519.252	25	27	1.894,16
OESTE	475.135	17	28	1.786,00

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados Manaus, 2018<sup>25</sup>; CNES<sup>26</sup>; Amazonas, 2021.

De acordo com dados coletados no *site* e-gestor<sup>27</sup>, podemos observar que na AB em Manaus, no período de dezembro de 2018 a dezembro de 2021, houve uma singela queda na cobertura de saúde bucal, saindo de 27,31% para 26,47% da população atendida. Em contrapartida, no que diz respeito à cobertura da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, ao analisar o mesmo espaço de tempo, nota-se que houve um crescimento, passando de 15,55%, em dezembro de 2018, para 17,25%, em dezembro de 2021, configurando-se em um acréscimo de 1,7% (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Cobertura da saúde bucal na Atenção Básica e de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, Manaus



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados do e-Gestor, 2024<sup>27</sup>.

<sup>25</sup> Trouxemos os dados do PMS de 2018/2021, pois o PMS de 2022/2025 não apresenta essas informações.

<sup>26</sup> Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>

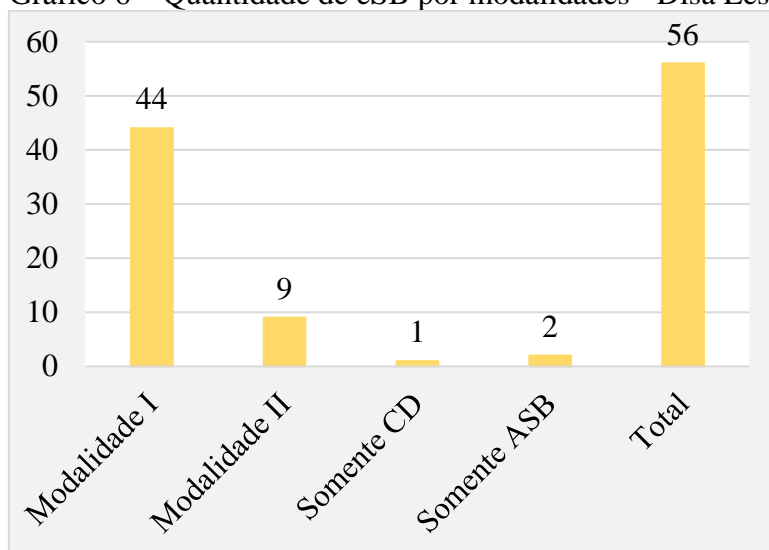
<sup>27</sup> Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>

De acordo com plataforma Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município de Manaus possui 220 Unidades Básicas de Saúde (UBS) no total, porém 201 estabelecimentos estão na área urbana ou abertas para o público geral<sup>28</sup> e, destas, 112 UBS têm eSB<sup>29</sup> (55,7%), distribuídas nos Disa Leste, Norte, Sul e Oeste<sup>30</sup>.

O Disa Leste possui 56 eSB, distribuídas em 26 UBS. Com relação às modalidades, há uma expressividade da Modalidade I, porém há 3 equipes cadastradas que não se enquadram nas modalidades definidas pela PNSB, composta por apenas um profissional – CD ou ASB, conforme o Gráfico 6.

Gráfico 6 – Quantidade de eSB por modalidades - Disa Leste, Manaus, 2024



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados do CNES, 2024<sup>31</sup>.

O Disa Norte apresentou o maior quantitativo de equipes – um total de 70, haja vista que foi também o com maior número de UBS com eSB (41 unidades). Entretanto, a maioria se enquadrava na Modalidade I. Assim como no Disa Leste, o Norte também demonstrou equipes que não se encaixam nas modalidades (Gráfico 7)<sup>32</sup>.

<sup>28</sup> 7 UBS estão na zona rural de Manaus e 12 encontram-se em Centros Socioeducativos ou detenções.

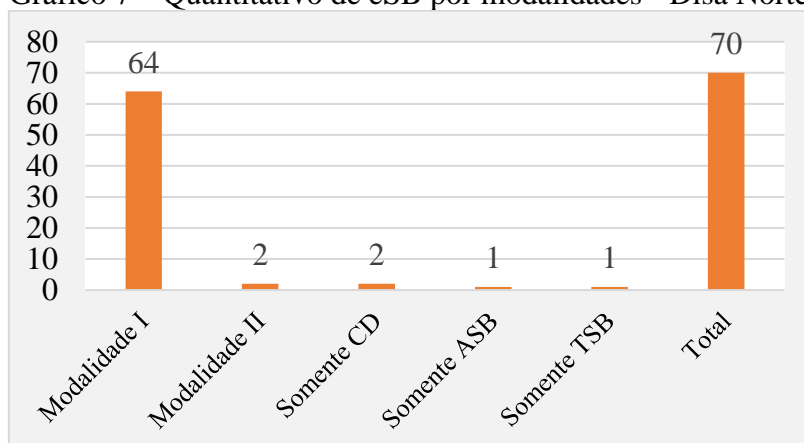
<sup>29</sup> Vale informar, que durante o levantamento das eSB nas UBS, notou que algumas UBS apresentavam os mesmos profissionais em mais de duas equipes, configurando como um possível erro de preenchimento.

<sup>30</sup> Para ter acesso às informações apresentadas, seguiu-se o seguinte caminho dentro do site: Página inicial > Consultas > Consulta Estabelecimento. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>

<sup>31</sup> Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>

<sup>32</sup> Para ter acesso às informações apresentadas, seguiu-se o seguinte caminho dentro do site: Página inicial > Consultas > Consulta Estabelecimento. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>

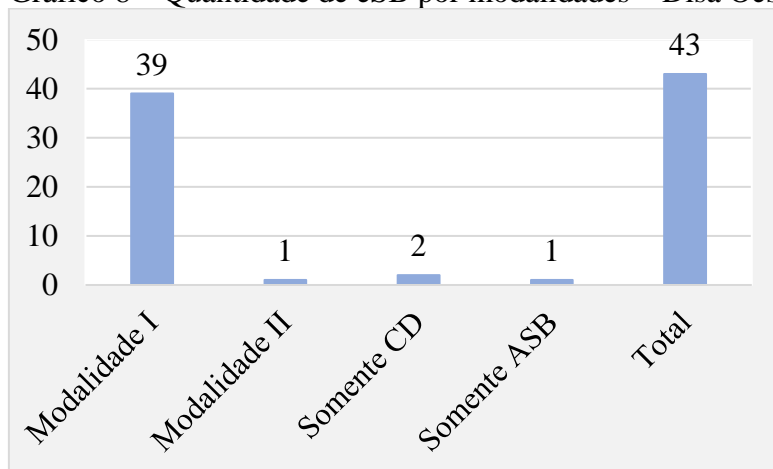
Gráfico 7 – Quantitativo de eSB por modalidades - Disa Norte, Manaus 2024



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados do CNES, 2024.

No Disa Oeste, há 43 eSB em 25 UBS e a principal modalidade das equipes foi a I. Contudo, existem equipes que não se enquadram nas modalidades e são compostas apenas por um profissional (Gráfico 8)<sup>33</sup>.

Gráfico 8 – Quantidade de eSB por modalidades – Disa Oeste, Manaus, 2024



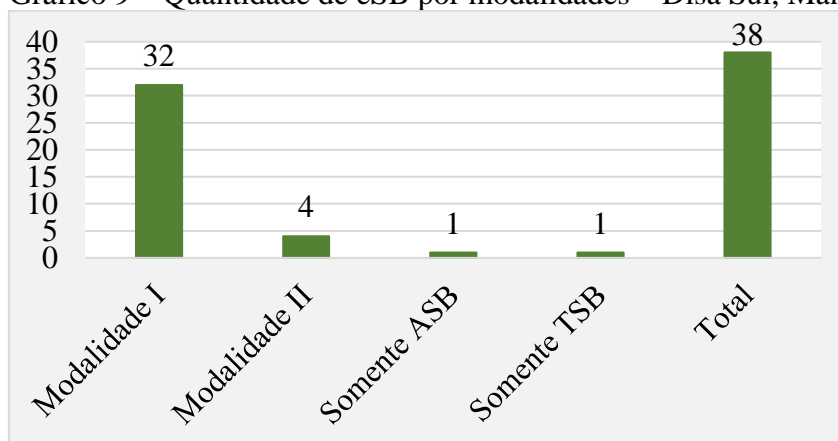
Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados do CNES, 2024.

Enquanto o Disa Sul apresenta os menores números, com 38 eSB em 20 UBS, apresenta 4 equipes na Modalidade II – número maior do que o encontrado nos Disa Norte e Oeste (Gráfico 9). No total, Manaus possui registrado no CNES um total de 207 equipes responsáveis por atender as demandas, tanto das PcD como das pessoas sem deficiência, da AB na rede pública de saúde<sup>34</sup>.

<sup>33</sup>Para ter acesso às informações apresentadas, seguiu-se o seguinte caminho dentro do site: Página inicial > Consultas > Consulta Estabelecimento. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>

<sup>34</sup> Para ter acesso às informações apresentadas, seguiu-se o seguinte caminho dentro do site: Página inicial > Consultas > Consulta Estabelecimento. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>

Gráfico 9 – Quantidade de eSB por modalidades – Disa Sul, Manaus, 2024



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados do CNES, 2024.

No que diz respeito aos estabelecimentos voltados para a atenção odontológica secundária, segundo consta na plataforma do CNES, a cidade de Manaus possui 16 dentistas especialistas em PNE atuantes nos CEO<sup>35</sup>, conforme mostra a Tabela 9.

Tabela 9 – Quantitativo de especialistas em PNE e tipologias dos CEO - Manaus, 2024

CEO	Tipo	CD especialista em PNE
LESTE	III	2
OESTE	III	4
NORTE	III	2
SUL	II	2
NAOPE	II	6
Total	-	16

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do CNES, 2024<sup>36</sup>.

Além dos componentes de saúde bucal apresentados, a RASB, em Manaus, contempla outros locais que ofertam assistência odontológica na atenção secundária – os Centros de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (CAIC). Os CAIC estão sob a responsabilidade da esfera estadual e fornecem atendimentos especializados: médicos, psicológicos, odontológicos<sup>37</sup>, de serviços sociais e de enfermagem. Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (SES/AM), em Manaus, existem 10 CAIC, distribuídos da seguinte forma entre os Disa da zona urbana: Leste – 2; Norte – 3; Sul – 3; Oeste – 2<sup>38</sup>.

<sup>35</sup> O CEO denominado de Núcleo de Atendimento Odontológico a Pacientes Especiais (NAOPE) trata-se de uma parceria entre a Universidade do Estado do Amazonas e a Secretária Municipal de Saúde (Semsu) e encontra-se localizado nas imediações do Disa Sul.

<sup>36</sup> Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>

<sup>37</sup> Através do Programa “Bebê Dente”, são realizados atendimentos odontológicos a bebês a partir do 6º mês de vida que englobam procedimentos preventivos e curativos, além de orientação e aconselhamento aos pais sobre o desenvolvimento da dentição dos filhos.

<sup>38</sup> Disponível em: <https://www.saude.am.gov.br/servicos-de-saude>

Como demonstrado anteriormente, a RCPD, na atenção terciária odontológica, adequou centro cirúrgicos em ambiente hospitalar para atendimento de PcD sob anestesia sedação e anestesia geral (Brasil, 2017b). Dentre os estabelecimentos contemplados por esses incentivos, dois estão localizados na cidade de Manaus, a saber: Fundação Hospital Adriano Jorge e Hospital Infantil Dr. Fajardo, ambos situados no Disa Sul (Brasil, 2022b). No entanto, não há equipes odontológicas ativas nas instituições, segundo a plataforma do CNES<sup>39</sup>

Conforme demonstrado na Tabela 10, o Disa Norte possui a maior oferta de assistência odontológica, com 45 estabelecimentos, enquanto os demais Disa possuem quantidades inferiores a 30. O Disa Sul se diferencia dos outros por apresentar a maior oferta da assistência especializada tanto na atenção secundária (2 CEO, 8 dentistas cadastrados no atendimento de PNE e 3 CAIC), quanto na terciária, sendo o único a ter 2 hospitais credenciados ao MS para tratamento odontológico às PcD. (Leste: 26 UBS, 56 eSB; Norte: 41 UBS, 70 eSB; Sul 20 UBS, 38 eSB; Oeste: 25 UBS, 43 eSB).

Tabela 10 – Componentes da RASB de acordo com o Disa, Manaus 2024

Disa	UBS (eSB)	CEO (*)	CAIC	Hospital	Total
Leste	26 (56)	1 (2)	2	0	29
Norte	<b>41 (70)</b>	1 (2)	<b>3</b>	0	<b>45</b>
Sul	20 (38)	<b>2 (8)</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	27
Oeste	25 (43)	1 (4)	2	0	28

\*Quantidade de dentistas cadastrados para o atendimento odontológico das PcD.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados de CNES<sup>40</sup>, 2024.

No Disa Sul, estão localizadas duas universidades públicas, a saber: Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e Universidade Federal do Amazonas (UFAM), que oferecem assistência odontológica às PcD, através das disciplinas do curso de graduação em Odontologia, porém estes estabelecimentos de ensino não fazem parte da RASB de Manaus.

Apesar do suporte legislativo, organização da RASB e incentivos financeiros da RCPD, as pesquisas mostram que as PcD ainda apresentam alterações nos tecidos bucais e barreiras na busca pelo acesso odontológico. A fim de reverter tal cenário, é necessário que os cuidadores conheçam a estruturação do SUS e exijam os seus direitos. Também é necessário que os profissionais de saúde, sobretudo os dentistas, estejam dispostos a prestar uma assistência digna a essa população tão vulnerável.

<sup>39</sup> Para ter acesso às informações apresentadas, seguiu-se o seguinte caminho dentro do site: Página inicial > Consultas > Consulta Estabelecimento. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>

<sup>40</sup> Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem metodológica quantitativa, descritiva, exploratória e analítica com recorte de temporalidade transversal.

#### 3.2 Local do estudo

A presente pesquisa foi realizada na zona urbana do município de Manaus, capital do Amazonas. Segundo o Censo Demográfico de 2022, Manaus possuía mais de 2 milhões de habitantes (52,3% da população do estado do Amazonas) e uma densidade demográfica de 181.01 hab/Km<sup>2</sup>. O índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é igual a 0,737 e 50,6% das residências estão conectadas à rede de esgoto, enquanto 76,2% são abastecidas pela rede geral de água (IBGE, 2022). Como visto, no âmbito da saúde, a cidade encontra-se dividida em cinco distritos de saúde (Disa), sendo quatro na zona urbana (Norte, Sul, Leste e Oeste) e um na zona rural.

#### 3.3 População e plano amostral

A pesquisa foi realizada com PcD de todas as idades que residem em Manaus e que os responsáveis e/ou cuidadores frequentavam os estabelecimentos escolhidos para a realização da coleta de dados.

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, Manaus possuía um total de 137.338<sup>41</sup> PcD, o que correspondia 7,6% da população na época (IBGE, 2010). Considerando que, no ano de 2022, Manaus tinha uma população de 2.063.689 pessoas (IBGE, 2022), ao calcularmos 7,6% desse total, encontrou-se o resultado de 156.840 PcD.

---

<sup>41</sup> Utilizando o corte de WG.

A partir disso, calculou-se a amostra: levando em conta o nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, com distribuição populacional heterogênea, chegou-se à amostra de 384 indivíduos que compõem o banco de dados da pesquisa. Devido às peculiaridades da população estudada, optou-se pela amostra por conveniência.

### 3.4 Instrumento

Como visto, o constructo ‘acesso’ abrange diversos fatores condicionantes. Assim, com o intuito de atingirmos os objetivos propostos, foram selecionados instrumentos para a confecção do formulário utilizado na pesquisa, dividido em dois blocos:

- a) Caracterização demográfica e socioeconômica das PcD e famílias: adaptado do SB Brasil 2020 (Brasil, 2022c) e questionário amostra, IBGE 2022b;
- b) Condições de acesso das PcD à assistência odontológica: adaptado do SB Brasil 2020 (Brasil, 2022c) e D’Addazio *et al.*, 2021.

O Anexo A demonstra a separação dos blocos, sendo eles: 1 Caracterização demográfica e socioeconômica da família; 1.1 Informações do responsável e/ou cuidador; 1.2 Informações da PcD; 2 Condições de acesso à assistência odontológica. Com o intuito de identificar o perfil demográfico e socioeconômico das PcD e famílias e, ainda, compreender a dinâmica do acesso das PcD à assistência odontológica em Manaus. As variáveis e categorias utilizadas no estudo encontram-se descritas no Apêndice A.

### 3.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em escolas públicas de educação especial localizadas na zona urbana de Manaus, sendo quatro escolas estaduais e uma escola municipal, a saber: Escola Estadual Augusto Carneiro dos Santos, Escola Estadual Diofanto Vieira Monteiro, Escola Estadual Manoel Marçal de Araújo e Escola Estadual Joanna Rodrigues Vieira, além da Escola Municipal André Vidal de Araújo. Também se realizou a coleta em estabelecimentos não governamentais, tais como: Instituto Autistas do Amazonas, Instituto Cauê Tinoco, Instituto

Filippo Smaldone e a Associação Pestalozzi de Manaus; e, ainda, no Programa de Atividades Motoras para Deficientes – PROAMDE, pertencente à Faculdade de Educação Física e Fisioterapia (FEFF) da UFAM. Os lugares de escolha prestam assistência educacional, fonoaudiológica, fisioterapêutica, social e de terapia ocupacional às PcD. Vale esclarecer que nenhum desses locais ofertava assistência odontológica no período em que a coleta de dados foi realizada. A escolha por escolas com educação especial se deu devido o estudo de Lima *et al.* (2023) ter notado uma diminuição significativa de alunos com deficiência matriculados na rede municipal de escolas de ensino normal após a pandemia da Covid-19.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas:

- a) treinamento e pré-teste: após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (CEP/UEA) (Anexo B), o formulário foi revisado e definidos aspectos relacionados à coleta de dados e pré-teste. O pré-teste foi realizado na Policlínica Odontológica da UEA, com 8 responsáveis de PcD que estavam aguardando atendimento odontológico pela primeira vez e teve como objetivo verificar a clareza das perguntas contidas no formulário, padronizar a linguagem da pesquisadora e mensurar o tempo médio das entrevistas para que a logística da pesquisa de campo fosse adequada corretamente. Ressalta-se que os responsáveis entrevistados e os formulários obtidos nesta etapa inicial não fizeram parte do banco de dados final do estudo.
- b) aplicação dos formulários com responsáveis e/ou cuidadores das PcD sobre o perfil demográfico e socioeconômico das famílias e a respeito do acesso das PcD à assistência odontológica.

Os locais definidos foram novamente visitados, a fim de informar aos gestores sobre o início do trabalho e avaliar o período que os responsáveis e/ou cuidadores das PcD estariam presentes. Após os acordos<sup>42</sup>, deu-se início à pesquisa de campo no mês de setembro de 2023 e finalizou-se em maio de 2024, apresentando duração de 8 meses<sup>43</sup>.

---

<sup>42</sup> Foi acertado com os gestores responsáveis pelas instituições que a pesquisa aconteceria na hora da entrada, saída e durante o horário escolar com aqueles responsáveis que permaneciam nas escolas (Escola Estadual Augusto Carneiro dos Santos, Escola Estadual Joanna Rodrigues Vieira, Escola Municipal André Vidal de Araújo, Associação Pestalozzi de Manaus e Instituto Filippo Smaldone). Na Escola Estadual Diofanto Vieira Monteiro e na Escola Estadual Manoel Marçal, optou-se por coletar os dados durante os eventos (reuniões de pais e mestres, amostra de artes e festa de encerramento do ano escolar), pois as escolas disponibilizavam condução aos alunos, o que impossibilitava entrevistar os pais nos dias de aula normal. Nos locais que não prestavam serviços educacionais, os pais foram abordados durante a espera pelos atendimentos assistenciais.

<sup>43</sup> Ressalta-se que houve recesso de fim de ano, entre a segunda quinzena de dezembro de 2023 e o final de janeiro de 2024, com o retorno das atividades em fevereiro/2024, após o período de carnaval.

As entrevistas (com duração em média de 15 a 20 minutos) foram realizadas em local reservado, de maneira individual, depois da explicação acerca da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis e/ou cuidadores (Apêndice B), nos moldes da Resolução nº 510/2016 (Brasil, 2016). As entrevistas foram feitas, então, através de formulários estruturados com perguntas fechadas, lidos e preenchidos pela pesquisadora, que enfatizou o total sigilo das informações e o fato de não existirem respostas certas ou erradas.

Acatou-se como critérios de inclusão: PcD, de todas as idades, de ambos os sexos, residentes de Manaus, com responsável e/ou cuidador presente no momento da coleta de dados. E como critérios de exclusão: PcD cujo acompanhante não era o responsável e/ou cuidador e não possuía informações a respeito da PcD e/ou idade do cuidador inferior a 18 anos de idade.

As PcD participantes do estudo que não tinham acesso à assistência odontológica foram encaminhadas para a Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas, na disciplina de Clínica Odontológica de Pacientes com Necessidades Especiais, obedecendo à livre demanda da instituição.

### 3.6 Variáveis

Os dados coletados foram tabulados pela pesquisadora no programa Excel. Finalizada essa etapa, realizou-se uma revisão minuciosa e padronização das variáveis.

A variável idade, tanto dos responsáveis e/ou cuidadores como das PcD, foi categorizada de 10 em 10 anos, como empregado na PNAD Contínua 2022 (IBGE, 2023). Na categorização dos locais de moradia e do último atendimento, utilizou-se apenas o bairro fornecido durante a entrevista para a classificação de acordo com a distribuição dos Disa (Manaus, 2018).

Para estimar a distância da moradia até o local da última consulta: as consultas que ocorreram no mesmo Disa foram classificadas em “Mesmo bairro da residência” e “em outro bairro, mesmo Disa”; para as que tinham acontecido em outro Disa, traçou-se a distância dos extremos Leste e Oeste – Bairros Puraquequara e Ponta Negra, respectivamente (utilizando a ferramenta Google Maps) e chegou-se à distância de 40km. A partir disso as distâncias menores que 10 km foram consideradas “bairros próximos, porém, em outro Disa”. Distâncias compreendidas entre 10km a 14,9km foram classificadas como “bairros distantes da residência

e em outro Disa”. Em locais com distância maior ou igual a 15km, categorizou-se em “muito distante da residência e em outro Disa”. A maior distância percorrida foi de 25 km (D’Addazio *et al.*, 2021), conforme demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2 – Categorização da distância da moradia até o local da última consulta

<b>Última consulta odontológica no Disa de residência</b>	<b>Distância</b>
Mesmo Bairro	
Em outro bairro	
<b>Última consulta odontológica em Disa diferente da residência</b>	
Bairros próximos, porém, em outro Disa	< 10 km
Bairros distantes da residência e em outro Disa	Entre 10km e 14,9km
Bairro muito distante da residência e em outro Disa	Entre 15km e 25km

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

Para a categorização da variável deficiência, aplicou-se a Classificação Internacional das Doenças (CID) – sistema utilizado pela OMS para classificar doenças, versão atualizada CID-11<sup>44</sup>. Utilizou-se da numeração dos CIDs da deficiência, quando era possível, e dos capítulos para classificar as deficiências não especificadas no CID. Vale ressaltar que as deficiências encontradas na pesquisa foram aquelas referidas pelos responsáveis e/ou cuidadores. O Quadro 3 demonstra a categorização.

Quadro 3 – Categorização da variável deficiência de acordo com o CID-11 (Continua)

<b>Categoria</b>	<b>Deficiência referida</b>	<b>Sistema Utilizado</b>
• Transtorno de Espectro Autista (TEA)	Autismo – independentemente do nível de suporte	CID – 6A02
• Deficiência intelectual	Deficiência intelectual e retardo mental	CID – 6A00
• Doenças do ouvido	Deficiência auditiva	Cap 10 – Doenças do ouvido
• Anomalias do desenvolvimento	Microcefalia, síndrome de Down, síndromes não especificadas e má formação cerebral.	Cap 20 – Anomalias de desenvolvimento
• Paralisia cerebral	Paralisia cerebral	CID – 8D2
• Doenças do sistema musculoesquelético	Deficiências físicas	Cap 15 – Doenças do sistema musculoesquelético
• TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	CID – 6A05
• Doenças do sistema visual	Deficiência visual	Cap 09 – Doenças do sistema visual
• Doenças do sistema nervoso	Epilepsia, Esclerose Múltipla, Hidrocefalia, Doença Neurodegenerativa, Doença Neurológica e AVC	Cap 08 – Doenças do sistema nervoso

<sup>44</sup> Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/pt#1435254666>

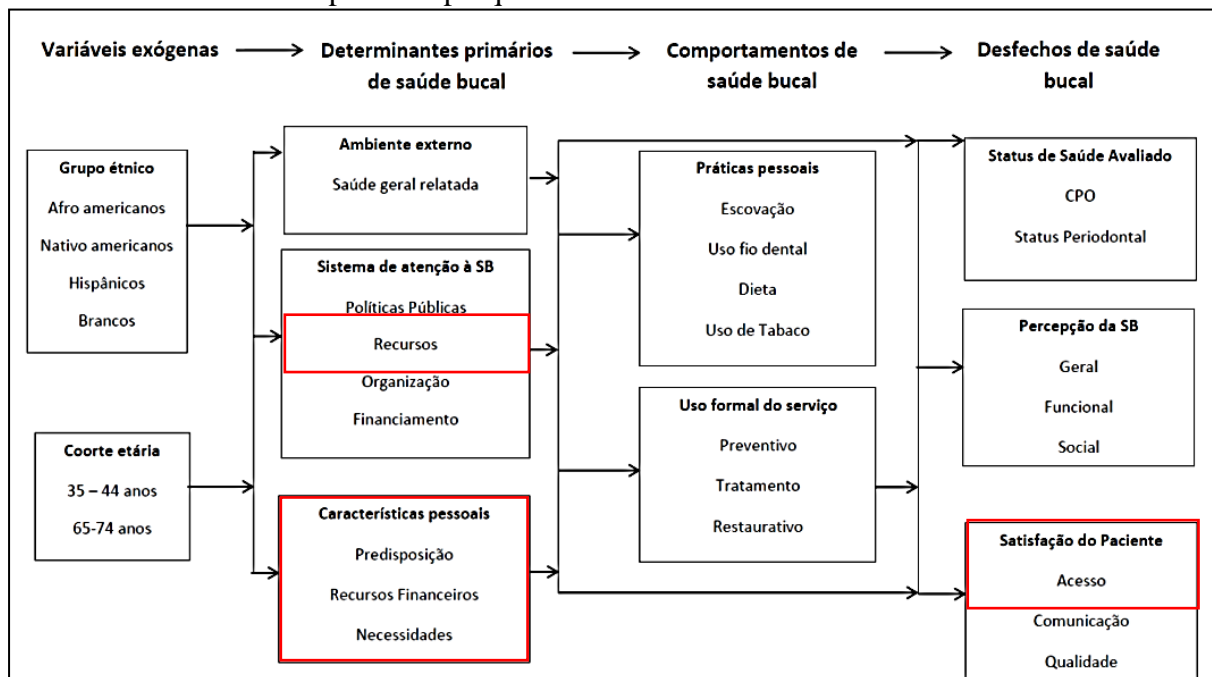
Quadro 3 – Categorização da variável deficiência de acordo com o CID-11 (Conclusão)

Categoria	Deficiência referida	Sistema Utilizado
• Transtornos mentais	Bipolaridade e Esquizofrenia	Cap 06 – Transtornos mentais
• Doenças do sistema circulatório	Cardiopatias	Cap 11 – Doenças do aparelho circulatório
• Doenças endócrinas	Displasia septo-óptica plus e Mucopolissacaridose	Cap 05 – Doenças endócrinas

Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados do CID-11, 2024<sup>45</sup>.

Baseou-se no Modelo Comportamental de Andersen de saúde bucal para definir as variáveis que seriam utilizadas na análise estatística, recortando os Determinantes Primários de Saúde bucal > Características pessoais (Predisposição; Recursos Financeiros; Necessidade) e Sistema de atenção à Saúde Bucal (Recursos) para associar ao Desfechos de Saúde Bucal > Satisfação do Paciente (Acesso), evidenciados em vermelho na Figura 9.

Figura 9 – Variáveis do Modelo Comportamental de Andersen – saúde bucal, que foram utilizadas na presente pesquisa



Fonte: Andersen; Davidson, 1997.

Para representar os recursos do Sistema de atenção à Saúde Bucal (SB), utilizou-se o Disa de moradia, tomando como base o quantitativo de estabelecimentos com saúde bucal de cada um.

<sup>45</sup> Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/pt#1435254666>

As características pessoais foram representadas pelas variáveis: i) predisponente – o sexo do responsável, nível educacional do responsável; ii) recursos financeiros – renda familiar, recebimento do BPC; iii) necessidade (percebida) – representada pela variável “A PcD já teve problemas dentários”, considerou-se as respostas “sim”, quando os responsáveis responderam “muitas vezes” ou “às vezes”; e “não” quando respondido “nunca”. E para caracterizar acesso usou-se a variável “A PcD já foi ao dentista”, empregando a existência de acesso às respostas “sim”, e a inexistência às respostas “nunca”.

### 3.7 Análise de dados

Para a análise descritiva, utilizaram-se tabelas de frequência relativa e absoluta para as variáveis categóricas. As variáveis contínuas foram apresentadas por medida de tendência central e de dispersão. A análise das variáveis foi realizada pelo programa estatístico Jamovi, versão 2.5.4.

Para associação entre os recursos do sistema de atenção à saúde bucal e as características pessoais e o acesso à assistência odontológica, elaborou-se as seguintes hipóteses:

- a) Hipótese nula ( $H_0$ ), adotou-se a seguinte afirmação: não há associação significativa entre as características pessoais e os recursos do sistema de atenção à saúde bucal com o acesso à assistência odontológica.
- b) Como hipótese alternativa ( $H_1$ ), adotou-se a seguinte: há associação significativa entre as características pessoais e os recursos do sistema de atenção à saúde bucal com o acesso à assistência odontológica.

Para verificar a associação entre os responsáveis e/ou cuidadores que levam as PcD ao dentista e aqueles que conseguiram a assistência, elaborou-se as seguintes hipóteses:

- a) Como hipótese nula ( $H_0$ ), adotou-se a seguinte afirmação: não há associação significativa entre aqueles que levaram e aqueles que conseguiram atendimento.
- b) Como hipótese alternativa ( $H_1$ ), adotou-se a seguinte: há associação significativa entre aqueles que levaram e aqueles que conseguiram atendimento.

Realizou-se o teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher (na existência de algum valor menor que 5 nas tabelas de contingência).

### 3.8 Considerações éticas

A pesquisa foi conduzida dentro das normas éticas, conforme a Resolução nº 510/2016 (Brasil, 2016), respeitando todos os critérios de pesquisa que envolve seres humanos. Foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas – ESA, sob o CAAE: 71330123.4.0000.5016 (Anexo B).

#### 3.8.1 Análise crítica de riscos e benefícios

O envolvimento de seres humanos nesta pesquisa resumiu-se à realização de entrevistas, portanto, apresentou riscos mínimos como a perda de sigilo das informações e de constrangimento durante as entrevistas. Tais riscos foram minimizados através de entrevistas em locais reservados, de maneira individual, por entrevistadora treinada, resguardando o sigilo e a privacidade dos participantes. Os dados coletados foram tratados somente pela pesquisadora e a exposição dos resultados se deu de forma agregada, não sendo possível a identificação de forma individual, preservando o anonimato e a confidencialidade. Independente do baixo risco, foi enfatizado que a participação seria voluntária e a qualquer momento o sujeito poderia se retirar da pesquisa.

Os benefícios, decorrentes do conhecimento sobre o acesso das PcD à assistência odontológica em Manaus, dizem respeito à produção de dados epidemiológicos cientificamente comprovados, que poderão subsidiar, no âmbito local, o planejamento e a orientação de ações de saúde bucal, facilitando a tomada de decisões destinadas a essa parcela da população. Considerando ainda as tendências demográficas, poderá alertar para a atenção destinada a esses indivíduos, mediante políticas públicas e ações locais específicas para o grupo e, conseqüentemente, contribuir para a otimização de recursos com maior grau de acertos quanto à execução de atividades e necessidades epidemiológicas.

O benefício aos participantes da pesquisa decorreu da orientação sobre a importância da assistência odontológica periódica, além de encaminhamentos para a Policlínica Odontológica da UEA, nos casos de necessidade de tratamento e/ou relato de falta de acesso à assistência odontológica.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Caracterização das pessoas com deficiência participantes do estudo

No que diz respeito à descrição das PcD que participaram do estudo, houve uma maior predominância do Transtorno do Espectro Autista (TEA) (43,5%), seguido daqueles com Deficiência intelectual (13,5%), Deficiência do ouvido (11,7%) e Anomalias do desenvolvimento (8,9%) (Tabela 11). Comparando esses resultados com outras pesquisas, notam-se algumas diferenças e semelhanças. Da Silva e colaboradores (2022), em Araguaína (TO), encontraram uma maior proporção de TEA (32%), Paralisia cerebral (22%) e Síndrome de Down (15%). Por sua vez, Rocha (2012), em Fortaleza, relatou a Deficiência motora (51%), Deficiência auditiva (36,8%) e deficiência visual (12,3%) como as principais encontradas.

Tabela 11 – Distribuição de PcD de acordo com a deficiência – Manaus, 2024

<b>Deficiência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>TEA</b>	167	43,5%
Deficiência intelectual	52	13,5%
Deficiência do ouvido	45	11,7%
Anomalias do desenvolvimento	34	8,9%
Paralisia cerebral	22	5,7%
Doenças do sistema musculoesquelético	18	4,7%
TDAH	14	3,6%
Deficiência do sistema visual	14	3,6%
Doenças do sistema nervoso	12	3,1%
Transtornos mentais	2	0,5%
Doenças do sistema circulatório	2	0,5%
Doenças endócrinas	2	0,5%
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100%</b>

Fonte: A autora, 2024.

A Tabela 12, demonstra que o sexo masculino foi predominante, com 61,5%, enquanto o feminino apresentou a proporção de 38,5%. No que diz respeito à raça/cor da pele (declarada pelo responsável entrevistado), a parda obteve a maior porcentagem (59,9%), na sequência, a branca (33,3%) e apenas 2 pessoas foram declaradas como indígena (0,5%). Sobre o local de nascimento, a grande maioria teve registro de nascimento na região Norte (97,6%), sendo 84,6% do total nascido em Manaus. Houve também registros de nascimentos no exterior (1,6%), região Nordeste (1,3%) e Sudeste (0,3%).

Tabela 12 – Caracterização das PcD – Manaus, 2024

Variável	n	%	Média (DP)	Máx.	Min.
<b>Sexo</b>					
Feminino	148	38,5%			
<b>Masculino</b>	<b>236</b>	<b>61,5%</b>			
<b>Faixa etária</b>					
			16,9 (13,1)	74	1
<b>1- 9 anos</b>	<b>136</b>	<b>35,4%</b>			
11 – 19 anos	129	33,6%			
20 – 29 anos	61	15,9%			
30 – 39 anos	30	7,8%			
40 – 49 anos	14	3,6%			
50 – 59 anos	9	2,3%			
60 – 69 anos	4	1,0%			
70 – 79 anos	1	0,3%			
<b>Cor/ Raça</b>					
Branca	128	33,3%			
Preta	21	5,5%			
Amarela	3	0,8%			
<b>Parda</b>	<b>230</b>	<b>59,9%</b>			
Indígena	2	0,5%			
<b>Local nascimento</b>					
<b>Norte</b>	<b>372</b>	<b>97,6%</b>			
- Manaus	325	84,6%			
Nordeste	5	1,3%			
Sudeste	1	0,3%			
Exterior	6	1,6%			
<b>Estuda</b>					
<b>Sim</b>	<b>322</b>	<b>83,9%</b>			
Não	62	16,1%			
<b>Alfabetizado</b>					
Sim	144	37,5%			
<b>Não</b>	<b>240</b>	<b>62,5%</b>			
<b>Mora com quem</b>					
<b>Família</b>	<b>375</b>	<b>97,7%</b>			
Sozinho	8	2,1%			
Outros	1	0,3%			
<b>Nível de dependência na vida diária</b>					
Independente	94	24,5%			
<b>Parcialmente dependente</b>	<b>219</b>	<b>57,0%</b>			
Totalmente dependente	71	18,5%			

Fonte: A autora, 2024.

A maior parte dos responsáveis e/ou cuidadores entrevistados responderam de forma positiva quando perguntado se a PcD estudava (83,9%) e 16,1% alegaram que a PcD não frequentava a escola, vale frisar que parte da coleta de dados da presente pesquisa ocorreu dentre de unidades educacionais, o que pode ter influenciado na maioria estar estudando. Comparando esses resultados com outras fontes, nota-se nos dados fornecidos pelo IBGE (2021) que as PcD apresentaram os menores índices de inserção em todos os níveis educacionais quando comparadas às pessoas sem deficiência. De modo análogo, os dados revelados por nossa pesquisa, indicaram que, no tocante a saber ler e escrever, mesmo que a maioria frequente a escola, houve uma maior prevalência daqueles que não são alfabetizados

(62,5%), enquanto 37,5% sabem ler e escrever (Tabela 12). Ainda conforme dados do IBGE (2023), a taxa de analfabetismo nacionalmente é maior na população com deficiência, uma vez que 19,5% das PcD não sabiam ler nem escrever, enquanto, nas pessoas sem deficiência, esse percentual era de 4,1%. Rocha (2012) descreve que 34,8% das PcD de seu estudo não haviam concluído o ensino médio, enquanto 11,85% nunca tinham frequentado a escola.

Conforme se nota na Tabela 12, no item “mora com quem”, temos que 97,7% das PcD dividiam residência com a família e apenas 2,1% moravam sozinho, enquanto 0,3% moravam de outra forma. Tais achados corroboram os de D’Addazio e colaboradores (2021) – 1,6% moravam sozinhas e 90% moravam com a família – e de Rocha (2012) – com 95,6% das PcD vivendo com parentes.

Quando perguntado o nível de dependência nas atividades de vida diária (AVD), 57,0% eram parcialmente dependentes, 24,5% eram independentes e 18,5% eram totalmente dependentes (Tabela 12). Esses resultados são semelhantes aos de Grando e Hashizume (2019), que descreveram sua população como 70,9% parcialmente dependente, 21,8% totalmente dependentes e 7,3% independentes. Essa dependência faz com que as PcD necessitem de terceiros para auxiliar ou realizar as atividades do dia a dia, tais como manter a higiene corporal, incluindo a higiene bucal (Lemos, 2012; Dos Santos e Carneiro, 2019), além de estar associada a menor probabilidades de consultas com um médico ou dentista durante o período de um ano (Naouri *et al.*, 2016).

#### **4.2 Caracterização dos responsáveis e/ou cuidadores e condições socioeconômicas da família das PcD**

Como consta na Tabela 13, abaixo, os responsáveis e/ou cuidadores que participaram do estudo são, em sua maioria, do sexo feminino (90,1%), com média de idade de 44 anos, e 76,3% se autodeclararam pardos. Grando e Hashizume (2019) encontraram a média de idade dos responsáveis ligeiramente maior, correspondente a 48,8 anos. 85,4% do total de entrevistados eram genitores das PcD e, dentre esse grupo, 90,9% eram mães e 9,1% pais. Tais achados dialogam com outros estudos que evidenciaram a mãe como principal cuidadora (Dos Santos; Carneiro, 2019; Grando; Hashizume, 2019; Paulo *et al.*, 2019; Da Silva, 2021).

Vale ressaltar que muitas dessas mães se dedicam integralmente aos cuidados dos filhos, abandonando seus trabalhos. Em decorrência disso, muitas vezes enfrentam dificuldades

financeiras, isolamento social e necessitam constantemente elaborar atividades para compor a renda e ajudar nas despesas (Figueiredo *et al.*, 2022; Fruhling *et al.*, 2022;). A dedicação exclusiva acarreta prejuízos na qualidade de vida e na saúde do cuidador (De Souza *et al.*, 2011; Fruhling *et al.*, 2022), uma vez que, segundo De Souza *et al.* (2011), 48,1% consideravam sua saúde boa, porém apresentavam diversos problemas de saúde e 70,4% estavam sem tratamento médicos (De Souza *et al.*, 2011).

Com relação ao nível educacional, a maioria era alfabetizada (97,1%) e 60,4% cursaram até o ensino médio (Tabela 13). Tais dados são semelhantes aos de Cardoso *et al.* (2011), em João Pessoa, que encontraram que 41,9% dos cuidadores também tinham estudado até o ensino médio. Porém, em pesquisa posterior, Paulo *et al.* (2017), também em João Pessoa, acharam que a prevalência do nível educacional entre os cuidadores não foi nesse nível de ensino, mas no fundamental incompleto. Além disso, a porcentagem de pessoas nesse grupo, em relação aos números da nossa pesquisa e da de Cardoso *et al.* (2011), caiu para 19,8%. Assim, comparando os três resultados, tem-se: a presente pesquisa (2024) – ensino médio, 60,4%; Cardoso *et al.* (2011) – ensino médio, 41,9%; Paulo *et al.* (2017) – ensino fundamental (incompleto), 19,8%.

Quanto aos filhos, um pouco mais da metade (51,8%) tinha entre um ou dois, mas a média foi de 2,8 filhos. Referente ao local de nascimento, 358 (93%) responsáveis nasceram na região Norte. Dentre estes, 210 na cidade de Manaus, o que representa 54,7% do total dos entrevistados (Tabela 13).

Tabela 13 – Caracterização dos responsáveis e/ou cuidadores das PcD – Manaus, 2024 (Continua)

Variável	n	%	Média (DP)	Máx.	Min.
<b>Sexo</b>					
<b>Feminino</b>	<b>346</b>	<b>90,1%</b>			
Masculino	38	9,9%			
<b>Faixa etária</b>			44,0 (11,9)	80	19
18-29 anos	39	10,2%			
30-39 anos	102	26,6%			
<b>40-49 anos</b>	<b>129</b>	<b>33,6%</b>			
50-59 anos	72	18,8%			
60- 69 anos	31	8,1%			
70- 79 anos	10	2,6%			
80 anos ou mais	1	0,3%			
<b>Cor/Raça</b>					
Branca	40	10,4%			
Preta	42	10,9%			
Amarela	3	0,8%			
<b>Parda</b>	<b>293</b>	<b>76,3%</b>			
Indígena	6	1,6%			
<b>Grau de parentesco</b>					
<b>Pais</b>	<b>328</b>	<b>85,4%</b>			
Mãe	298	90,9%			
Pai	30	9,1%			

Tabela 13 – Caracterização dos responsáveis e/ou cuidadores das PcD – Manaus, 2024 (Conclusão)

Variável	n	%	Média (DP)	Máx.	Min.
Avó(ô)	20	5,2%			
Irmã(o)	11	2,9%			
Tia(o)	5	1,3%			
Outros	20	5,2%			
<b>Alfabetizado</b>					
<b>Sim</b>	<b>373</b>	<b>97,1%</b>			
Não	11	2,9%			
<b>Última serie cursada</b>					
Ensino fundamental	83	21,6%			
<b>Ensino médio</b>	<b>232</b>	<b>60,4%</b>			
Superior	67	17,4%			
Não sabe	2	0,5%			
<b>Quantos filhos possui</b>			2,8 (1,8)	10	1
<b>1 a 2 filhos</b>	<b>199</b>	<b>51,8%</b>			
3 a 4 filhos	132	34,4%			
5 ou mais filhos	53	1,8%			
<b>Quantos filhos com deficiência</b>			1,28 (0,5)	4	1
<b>1 a 2 filhos</b>	<b>368</b>	<b>95,8%</b>			
3 a 4 filhos	16	4,2%			
<b>Região de nascimento dos responsáveis e/ou cuidadores</b>					
Norte	358	<b>93,2%</b>			
- Manaus	210	54,7%			
Nordeste	17	4,4%			
Sudeste	2	0,5%			
Exterior	7	1,8%			

Fonte: A autora, 2024.

No que tange à média salarial da família, foram consideradas todas as fontes de renda das pessoas que residiam na casa: 41,9% ganhavam de 1.001,00 a 2.000,00 reais; 30,5% recebiam entre 2.001,00 e 3.000,00 reais; 2,6% tinham renda familiar maior que 10.001,00 reais; 1,3% recebiam menos de 501,00 reais<sup>46</sup> (Tabela 14). Outros estudos encontraram a renda familiar variando entre um salário-mínimo (Paulo *et al.*, 2017; Grandó; Hashizume, 2019) e dois salários-mínimos (Damiance, 2016; Dos Santos; Carneiro, 2019). Apesar da presente pesquisa não ter classificado a média salarial familiar baseada na quantidade de salários-mínimos recebidos, as maiores proporções encontradas convergem com os demais estudos.

Quando perguntado sobre o recebimento de algum benefício, a maioria recebia o Benefício de Prestação Continuada (59,4%), enquanto 27,1%, o Bolsa Família, e apenas 9,4%, outros benefícios do governo (Tabela 14). Tais resultados são análogos aos do estudo de Da Silva e colaboradores (2022), em que 70% dos pais de PcD recebiam algum benefício do governo. No entanto, o BPC foi considerado como insuficiente para arcar com as despesas da PcD, principalmente devido ao uso de medicamentos caros (Da Silva *et al.*, 2022). Além disso,

<sup>46</sup> Somente uma pessoa não quis responder ou não sabia a renda da família.

muitas vezes o benefício é negado em razão de um pequeno excedente na renda ou porque já há outra pessoa com deficiência beneficiada pelo BPC na mesma família (Vaitsman *et al.*; 2017). Em Manaus, entre janeiro e novembro de 2023, havia mais de 35 mil PcD beneficiadas pelo BPC (Amazonas, 2024).

No que diz respeito aos locais de moradia, os Distritos de Saúde (Disa) Leste, Sul e Norte apresentaram números semelhantes de residências, com 119 (31,0%), 113 (29,4%) e 103 (26,8%), respectivamente, enquanto o Disa Oeste era lar de 49 entrevistados (12,8%) (Tabela 14). Segundo o PMS 2018-2021, os Disa Lestes, Norte e Sul apresentavam, respectivamente, os maiores números de população (Manaus, 2018). Essa divergência, notadamente nas posições dos Disa Norte e Sul, pode ser explicada pela pesquisa de campo ter sido realizada, em sua maioria, no Disa Sul. Importante destacar que, apesar do predomínio da coleta ter sido nesse Disa, 70,6% das PcD residiam em áreas que carecem de infraestrutura adequada, onde estão situados os Disa Leste, Norte e Oeste.

Houve, em média, lares com 4 cômodos<sup>47</sup>; 7 eletrodomésticos e 4 pessoas (número máximo encontrado foi de 13 pessoas morando em uma mesma casa). Comparativamente, dados da SAEDE demonstraram que, na cidade de São Paulo, moravam, em média, 3,5 pessoas nos lares onde havia PcD (São Paulo, 2023), achados que conversam com a atual pesquisa. 90,1% das residências tinham acesso à internet através de computador, tablet, televisão ou celular (Tabela 14).

Quando perguntado sobre como a água chegava até a residência, 98,2% disseram que era de forma canalizada até a casa, enquanto uma pequena parcela (0,5%) afirmou que a água chegava de maneira canalizada até o terreno ou não canalizada (1,3%). A maioria tinha como a principal forma de abastecimento a rede de distribuição de água da cidade (85,9%), seguido daqueles que responderam poço profundo ou artesiano (11,7%). Uma pequena parcela utilizava água proveniente de poços rasos, freáticos e cacimba (2,1%) ou água da chuva armazenada (0,3%) (Tabela 14).

De acordo com o IBGE (2022b), na cidade de Manaus, 83,9% dos domicílios manauaras são abastecidos pela rede de distribuição de água, fator considerado positivo, uma vez que a Política Nacional de Saúde Bucal, a partir da vertente de promoção e prevenção, visa à fluoretação das águas de abastecimentos público, a fim de prevenir a cárie dentária (Brasil, 2022a). Todavia, Rebelo e colaboradores (2020) demonstraram grandes variações dos teores de flúor na água da cidade de Manaus, uma vez que 50,0% apresentavam concentrações

---

<sup>47</sup> Cabe mencionar que a contagem dos cômodos incluiu a cozinha e os banheiros; e a dos eletrodomésticos incluiu: televisão, geladeira, fogão, micro-ondas, máquina de lavar, aparelho de som, celulares e computador ou notebook.

inadequadas: 18,2% estavam com índices baixos sem ação na prevenção de cárie, enquanto 31,8% apresentavam concentração alta, podendo causar fluorose dentária.

Tabela 14 – Caracterização demográfica e socioeconômica da família – Manaus, 2024

Variável	n	%	Média (DP)	Máx.	Min.
<b>Como a água chega à casa</b>					
<b>Canalizada em casa</b>	<b>377</b>	<b>98,2%</b>			
Canalizada no terreno	2	0,5%			
Não canalizada	5	1,3%			
<b>Principal forma de abastecimento de água</b>					
<b>Rede geral de distribuição</b>	<b>330</b>	<b>85,9%</b>			
Poço profundo ou artesiano	45	11,7%			
Poço raso, freático ou cacimba	8	2,1%			
Água da chuva armazenada	1	0,3%			
<b>Quantidade de pessoas que moram na casa</b>			4,0 (1,6)	12	1
<b>Quantidade de cômodos</b>			4,6 (1,5)	13	1
<b>Quantidade de eletrodomésticos</b>			7,3 (2,7)	19	2
<b>Local de moradia (Disa)</b>					
Norte	103	26,8%			
<b>Leste</b>	<b>118</b>	<b>30,7%</b>			
Oeste	49	12,8%			
Sul	114	29,7%			
<b>Média salarial da família, em reais</b>					
1,00 a 500,00	5	1,3%			
501,00 a 1.000,00	20	5,2%			
<b>1.001,00 a 2.000,00</b>	<b>161</b>	<b>41,9%</b>			
2.001,00 a 3.000,00	117	30,5%			
3.001,00 a 5.000,00	49	12,8%			
5.001,00 a 10.000,00	21	5,5%			
Mais que 10.000,00	10	2,6%			
Não sabe/não respondeu	1	0,3%			
<b>Acesso à internet</b>					
<b>Sim</b>	<b>346</b>	<b>90,1%</b>			
Não	38	9,9%			
<b>Recebeu bolsa família</b>					
Sim	104	27,1%			
<b>Não</b>	<b>280</b>	<b>72,9%</b>			
<b>Recebeu BPC</b>					
<b>Sim</b>	<b>227</b>	<b>59,1%</b>			
Não	157	40,9%			
<b>Outro benefício</b>					
Sim	36	9,4%			
<b>Não</b>	<b>348</b>	<b>90,6%</b>			

Fonte: A autora, 2024.

Cabe destacar que o presente estudo evidenciou um número expressivo de PcD (75,5%) que dependiam parcial ou totalmente de outras pessoas (Tabela 12). No entanto, 40,9% não recebiam BPC, 72,9% não ganhavam Bolsa Família e 90,6% não tinham nenhum outro benefício do governo (Tabela 14), evidenciando a necessidade urgente de ações voltadas à proteção social das PcD e de suas famílias.

### 4.3 Aspectos odontológicos das PcD e assistência odontológica às PcD

Tabela 15 – Aspectos odontológicos relacionados às PcD – Manaus, 2024

Variável	n	%
<b>PcD já teve problema dentários</b>		
Nunca	136	35,4%
<b>Às vezes</b>	<b>141</b>	<b>36,7%</b>
Muitas vezes	106	27,6%
Não sabe/ não respondeu	1	0,3%
<b>PcD comunica em caso de dor de dente</b>		
Nunca	58	15,1%
Às vezes	38	9,9%
<b>Muitas vezes</b>	<b>288</b>	<b>75,0%</b>
<b>Se não comunica, o responsável percebe alguma alteração</b>		
<b>Sim</b>	<b>87</b>	<b>90,6%</b>
Não	9	9,4%
<b>PcD já foi ao dentista</b>		
<b>Sim</b>	<b>319</b>	<b>83,1%</b>
Não	65	16,9%
<b>PcD vai ao dentista sozinha</b>		
Sim	22	6,9%
<b>Não</b>	<b>297</b>	<b>93,1%</b>
<b>No último ano alguém procurou atendimento para a PcD</b>		
Não procurou	111	28,9%
Procurou e não foi atendido	55	14,3%
Procurou e foi agendado para outro local	10	2,6%
Procurou e foi agendado para outro dia	70	18,2%
<b>Procurou e foi atendido</b>	<b>138</b>	<b>35,9%</b>
<b>A PcD tem plano odontológico</b>		
Sim	55	14,3%
<b>Não</b>	<b>328</b>	<b>85,4%</b>
Não sabia/não respondeu	1	0,3%

Fonte: A autora, 2024.

Como demonstra a Tabela 15, dentre os responsáveis e/ou cuidadores 36,7% disseram que a PcD tem problemas dentários “somente às vezes”; 27,6% responderam que as PcD apresentam problemas dentários de maneira recorrente; e 35,4% falaram que “nunca perceberam” problemas bucais na PcD. Esses resultados se correlacionam com o estudo de Cardoso *et al.* (2011), em que 62,8% dos cuidadores relataram problemas bucais nas PcD e 37,2% desconheciam a existência de problemas bucais. A pesquisa, nesse aspecto, também se coaduna com a de D’Addazio *et al.* (2021), que apontaram que as PcD tinham sangramento

gingival frequente (21,3%) e necessidade de extração em vários elementos dentário (18,1%), além de cárie dentária (19,7%).

Quando perguntado se havia manifestação de dor de dente por parte da PcD, seja por fala, gestos ou expressões, 75,0% das PcD demonstravam quando estavam com dor, 15,1% nunca relatavam e 9,9% expressavam às vezes. Dentre os que nunca ou às vezes comunicavam que estavam com dor, em 90,6% os responsáveis notavam mudança de comportamento, enquanto 9,4% não notavam nenhuma alteração (Tabela 15).

Sobre ter ido ao dentista pelo menos uma vez, 83,1% já tinham realizado a primeira consulta (Tabela 15), corroborando o encontrado por Flório *et al.* (2007), Cardoso *et al.* (2011) e Damiance (2016), com porcentagem iguais a 62,5%, 69,7%, e 87,3% respectivamente. Reforçando a questão da dependência das PcD, 93,1% precisavam que outra pessoa as levasse para as consultas odontológicas e somente 6,9% conseguiam ir sozinhas. Cabe informar que, durante as entrevistas, os responsáveis pelos deficientes auditivos (11,7%) relataram necessidade de acompanhá-los, devido ao desconhecimento, por parte dos profissionais, da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). Observando essa realidade, Rocha (2012) aponta que 97,8% das USF por ele investigadas não tinham intérpretes da linguagem de sinais.

Apesar das limitações enfrentadas pelos deficientes auditivos e da urgência de que suas necessidades, inclusive de comunicação com o profissional de saúde, sejam atendidas, o SUS faz-se fundamental na vida da população com deficiência. Em nossa pesquisa, quando se trata de ter algum plano de saúde odontológico, a maioria disse não ter (85,4%) e somente 14,3% possuía plano odontológico (Tabela 15). Isso reforça a relevância do SUS na saúde geral e bucal da população manauara, de modo direto, e brasileira, de modo geral. Apenas em termos comparativos, contrastando essa evidência, isto é, de uma realidade amazônica brasileira, com pesquisa realizada em país de primeiro mundo, como os EUA, Lewis *et al.* (2009) relataram que 26% dos participantes de sua pesquisa tinham ou tiveram problemas com plano de saúde.

No que diz respeito à procura por atendimento odontológico no último ano para a PcD, houve uma maior porcentagem daqueles que procuraram e conseguiram atendimento (35,9%), seguido de 28,9% que não procuraram nenhum tipo de atendimento. Nota-se que 20,8% relataram terem procurado e foram agendados para outro local ou outro dia, e 14,0% dos responsáveis não conseguiram atendimento, apesar de procurar (Tabela 15). Essa porcentagem (14,0%) é ainda maior nos resultados de Cardoso *et al.* (2011), onde 39,5% dos entrevistados disseram não encontrar o serviço.

Ao analisarmos, em Manaus, os diferentes locais procurados pelos responsáveis e/ou cuidadores para que as PcD tivessem atendimento odontológico, temos que 64,8% buscaram

assistência no SUS e, destes, 76,7% conseguiram ser atendidos. Por sua vez, 46,9% recorreram aos serviços particulares e 25% aos planos ou convênios odontológicos. Desses grupos, a proporção dos que obtiveram atendimento foi de 93,3% e 84,4% respectivamente. Mais uma vez, cabe enfatizar a relevância do SUS, onde a maioria dos atendimentos a PcD ocorre. Não obstante, de modo proporcional, o SUS apresentou também o maior percentual de não atendimento (23,3%) quando comparado aos demais locais.

Relacionado às universidades públicas e particulares, houve uma menor procura – 19,5% e 11,5% respectivamente – onde 90,7% conseguiram atendimento nas públicas, enquanto 84,1% obtiveram êxito nas particulares. Os resultados da Tabela 16 foram estatisticamente significantes.

Vale frisar que Manaus, segundo o CNES, possui lugares com assistência odontológica em todos os Disa, tanto no que diz respeito a AB, principal porta de entrada para os demais serviços, quanto na atenção secundária por meio dos CEO e CAIC.

Tabela 16 – Busca pela assistência odontológica das PcD – Manaus, 2024

Local	Procurou		Conseguiu		p-valor
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	
SUS	249 (64,8%)	135 (35,2%)	188 (76,7%)	61 (23,3%)	< 0,001*
Universidade pública	75 (19,5%)	309 (80,5%)	68 (90,7%)	7 (9,3%)	< 0,001*
Serviço particular	180 (46,9%)	204 (53,1%)	168 (93,3%)	12 (6,7%)	< 0,001*
Plano ou convênio	96 (25,0%)	288 (75,0%)	81 (84,4%)	15 (15,6%)	< 0,001*
Universidade Particular	44 (11,5%)	340 (88,5%)	37 (84,1%)	7 (15,9%)	< 0,001**

\* p-valor calculado pelo teste Qui-quadrado

\*\* p-valor calculado pelo teste Exato de Fisher

Fonte: A autora, 2024.

Ao considerarmos somente aqueles que já foram ao dentista (319 PcD), temos que a última consulta de 58,0% aconteceu no SUS<sup>48</sup>, seguido daqueles que recorreram aos serviços particulares e convênios, 28,8% e 9,7%, respectivamente. Há ainda uma pequena parte que foi atendida em universidades particulares (2,2%) ou em outros lugares (1,3%) (Tabela 17). Tais dados se assemelham aos expostos por Rocha (2012) e Paulo *et al.* (2017), que encontraram maiores proporções no acesso à assistência odontológica no SUS (51,2% e 47,4%, respectivamente), quando comparado aos serviços privados.

Ao levarmos em consideração apenas aqueles que realizaram a última consulta odontológica no SUS (n = 185), constatamos que houve predomínio de atendimento nas UBS (61,1%), seguido pela universidade pública (17,8%), enquanto os CEO foram responsáveis por

<sup>48</sup> Houve a incorporação das universidades públicas no SUS.

11,4% das últimas consultas (Tabela 17). Cardoso *et al.* (2011) encontraram resultados próximos, sendo 53,3% das últimas consultas na AB e 13,3% em CEO. Dados semelhantes também foram encontrados por Paulo *et al.* (2017): 69,4% das PcD utilizaram os serviços odontológicos na AB, em João Pessoa.

Tabela 17 – Características da assistência odontológica das PcD – Manaus, 2024

Variável	N	%
<b>Onde ocorreu a última consulta</b>		
<b>SUS</b>	<b>185</b>	<b>58,0%</b>
-UBS	113	61,1%
-Universidade pública	33	17,8%
-CEO	21	11,4%
-CAIC	13	7,0%
-Hospitais	0	0,0%
Serviço particular	92	28,8%
Plano ou convênio	31	9,7%
Universidade particular	7	2,2%
Outros	4	1,3%
<b>Motivo da última consulta</b>		
<b>Limpeza, prevenção ou revisão</b>	<b>163</b>	<b>51,1%</b>
Dor de dente	23	7,2%
Extração	41	12,9%
Tratamento dentário	71	22,3%
Problema na gengiva	5	1,6%
Tratamento de feridas na boca	2	0,6%
Colocação/manutenção de aparelho ortodôntico	6	1,9%
Colocação/ manutenção de prótese dentária	5	1,6%
Não sabia/não respondeu	3	0,9%
<b>Qualidade do último atendimento</b>		
Muito bom	124	38,9%
<b>Bom</b>	<b>145</b>	<b>45,5%</b>
Regular	24	7,5%
Ruim	14	4,4%
Muito ruim	9	2,8%
Não sabia/não respondeu	3	0,9%
<b>Tempo decorrido desde a última consulta</b>		
<b>Até um ano</b>	<b>236</b>	<b>74,0%</b>
De 1 a dois anos	39	12,2%
De 2 a três anos	16	5,0%
Mais de 3 anos	27	8,5%
Não sei/ não respondeu	1	0,3%
<b>Faz acompanhamento com o dentista</b>		
<b>Sim</b>	<b>183</b>	<b>57,4%</b>
Não	136	42,6%

Fonte: A autora, 2024.

Interessante notar que em nossa pesquisa não foi encontrado nenhum atendimento odontológico às PcD na atenção terciária. Manaus possui dois hospitais cadastrados para

atendimento odontológico às PcD, contudo, segundo o CNES, nenhum possui equipe de saúde bucal. Cardoso *et al.* (2011) relataram a existência de demora no agendamento e indisponibilidade de realização do atendimento sob anestesia geral a este grupo populacional em João Pessoa.

Sobre os motivos da última consulta, a maioria relatou ter procurado atendimento para realização de procedimentos preventivos ou profiláticos (51,1%); seguidos por tratamentos dentários (22,3%); e, com menor percentual, para tratamento de feridas na boca (0,6%) (Tabela 17). Em relação a outros estudos, essa evidência se aproxima dos dados apresentados por Cardoso *et al.* (2011) e Da Silva *et al.* (2022), e diverge dos apresentados por Flório *et al.* (2007) e Damiance (2016), que encontraram uma maior proporção nos tratamentos dentários como justificativa da última consulta odontológica.

É possível que tenha ocorrido outra forma de compreensão da pergunta por parte dos cuidadores, que podem ter associado o motivo com o procedimento que foi realizado na última consulta. Essa afirmação decorre do fato de que, como demonstrado anteriormente na Tabela 15, 64,3% das PcD já tiveram problemas bucais e 27,6% têm problemas bucais recorrentes.

Grande parte dos responsáveis entrevistados avaliaram a última consulta como boa (45,5%) ou muito boa (38,9%). Porém 4,4% e 2,8% definiram como ruim ou muito ruim, respectivamente. Ao serem indagados sobre a opinião negativa, informaram que o dentista não tinha preparo ou não conseguiu atender a PcD (Tabela 17). Tais achados conversam com de Volquind *et al.* (2020) e Grando e Hashizume (2019).

Com relação ao tempo decorrido da última vez que a PcD recebeu atendimento odontológico, a maioria respondeu que havia menos de um ano (74,0%), 12,2% entre 1 e 2 anos, convergindo com a pesquisa de Damiance (2016) que, em seus achados, aponta que 45,1% tinham ido ao dentista a menos de 1 ano e 29,6% tinham ido ao dentista a menos de 2 anos. Já no estudo de Volquind *et al.* (2020), em Caxias do Sul, 49% das PcD tiveram a sua última consulta há mais de 2 anos, e os cuidadores justificaram o espaçamento entre as visitas devido ao difícil manejo desses indivíduos.

A Tabela 17 demonstra ainda que 57,4% responderam ir regularmente ao dentista. No entanto, 42,6% não faziam acompanhamento periódico, o que difere do encontrado por D'Addazio *et al.* (2021), na Itália, onde a proporção daqueles que iam ao dentista somente quando necessário (60%) era maior quando comparada àqueles que frequentavam regularmente o dentista (45,9%). Vale destacar que, embora a literatura evidencie que as PcD apresentam diversos problemas bucais (Pini *et al.*, 2016; Dos Santos; Carneiro, 2019; D'Addazio *et al.*,

2021), a presente pesquisa identificou que 42,6% das PcD deste estudo não faziam acompanhamento periódico.

Na análise sobre o local da última consulta distribuído pelos diferentes Disa de Manaus, temos que: a maior parte aconteceu no Sul (42,3%), seguido do Leste, com 21,9%; do Oeste, com 17,9%, e a menor porcentagem no Norte, com 14,4%. Ao tomarmos o bairro de residência como referência para avaliar a distância percorrida até o local do atendimento odontológico, verificamos que: a maioria das PcD foram atendidas em outro bairro, porém, no mesmo Disa da residência (32,3%); 24,8% conseguiram atendimento no mesmo bairro de seus lares; 16,8% dos atendimentos ocorreram em bairro muito distante da residência (entre 15km e 25km). Por sua vez, 11,0% das assistências aconteceram em bairro próximo (menor que 10 km), mas em outro Disa e 10,0% foram em bairro distante (entre 10km e 14,9km) (Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição do local do último atendimento odontológico com base no Disa – Manaus, 2024

Variável	n	%
<b>Disa</b>		
Leste	70	21,9%
Norte	46	14,4%
Oeste	57	17,9%
<b>Sul</b>	<b>135</b>	<b>42,3%</b>
Outra cidade	2	0,6%
Não sabia/não respondeu	9	2,8%
<b>Análise do local da última consulta com base no local de residência</b>		
Mesmo bairro da residência	79	24,8%
<b>Em outro bairro, mesmo Disa da residência</b>	<b>103</b>	<b>32,3%</b>
Bairro próximo, porém, em outro Disa*	35	11,0%
Bairro distante da residência **	32	10,0%
Bairro muito distante da residência ***	59	16,8%
Outra cidade	2	0,6%
Não sabia/ não respondeu	9	2,8%

\* Distância menor que 10km

\*\* Distância entre 10km e 14,9km

\*\*\* Distância variando de 15km a 25km

Fonte: A autora, 2024.

Importante destacar que 26,8% das PcD tiveram que percorrer a distância de 10km a 25km para ir ao dentista, denotando lacunas na oferta da assistência odontológica às PcD em Manaus. Comparativamente, segundo Damiance (2016), na cidade de São Paulo, apesar de 78,9% dos responsáveis confirmarem a existência de serviço público com assistência odontológica para PcD próximo às suas residências, havia baixa confiança na capacidade

resolutiva do serviço frente aos problemas e necessidades de saúde bucal das PcD, principalmente por não sentirem segurança quanto ao manejo do CD.

Ao avaliarmos os Disa separadamente, observamos que, no Leste, a maioria das PcD recebeu atendimento no bairro que residia (34,7%), porém 16,8% foram atendidas em bairro muito distante, ou seja, tiveram de percorrer uma distância entre 15km e 25km. Já no Norte, a situação se inverteu, a maioria teve assistência odontológica em bairro muito distante (36,3%). No Sul, 57,3% conseguiram atendimento dentro do Disa residencial, mas em outro bairro e no Oeste tanto aqueles que tiveram assistência no bairro de residência quanto aqueles que tiveram assistência em outro bairro, mas no mesmo Disa, tiveram a proporção de 32,4% (Tabela 19).

Tabela 19 – Distribuição do local do último atendimento odontológico baseado na residência da PcD e Distrito de Saúde – Manaus, 2024

Variável	Disa			
	Leste	Norte	Sul	Oeste
<b>Local onde ocorreu a última consulta no SUS</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Bairro da residência	<b>33 (34,7%)</b>	22 (24,2%)	12 (12,5%)	<b>12 (32,4%)</b>
Outro bairro, mesmo DISA da residência	22 (23,2%)	14 (15,4%)	<b>55 (57,3%)</b>	<b>12 (32,4%)</b>
Bairro próximo, porém, em outro DISA*	9 (9,5%)	4 (4,4%)	14 (14,6%)	8 (21,6%)
Bairro distante da residência, em outro DISA**	10 (10,5%)	18 (19,8%)	3 (3,1%)	1 (2,7%)
Bairro muito distante da residência, em outro DISA***	16 (16,8%)	<b>33 (36,3%)</b>	8 (8,3%)	2 (5,4%)
Não respondeu/não sabia	5 (5,2%)	0 (0%)	3 (3,1%)	1 (2,7%)
Outra cidade	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,1%)	1 (2,7%)
<i>Total</i>	<i>95 (100%)</i>	<i>91 (100%)</i>	<i>96 (100%)</i>	<i>37 (100%)</i>

\* Distância menor que 10km

\*\* Distância entre 10km e 14,9km

\*\*\* Distância variando de 15km a 25km

Fonte: A autora, 2024.

Em relação à assistência odontológica às PcD no SUS, em Manaus, evidenciou-se que apesar do Disa Norte possuir maior concentração de estabelecimentos de saúde com assistência odontológica, 56,1% dos PcD residentes dessa área da cidade realizaram o último atendimento odontológico em bairros distantes ou muito distantes, ou seja, tiveram de percorrer distâncias entre 10km e 25km para conseguir atendimento, evidenciando falha na oferta da assistência odontológica neste Disa. O Disa Sul possui o menor quantitativo de estabelecimentos de saúde com saúde bucal, porém apresentou o maior percentual de últimas consultas (42,3%). Todavia, este Disa concentra a maior quantidade de CEO, CAIC, hospitais e, ainda, duas universidades públicas (UEA e UFAM) que oferecem assistência odontológica às PcD em disciplinas

ministradas no curso de graduação em Odontologia, o que pode explicar o maior percentual de atendimentos.

#### 4.4 Dificuldades encontradas pelas PcD em relação à assistência odontológica

No que diz respeito ao encontrar dentista que atenda PcD no SUS, 38,0% dos responsáveis disseram que, embora tenham procurado, não acharam este tipo de atendimento odontológico. Tal dificuldade foi relatada por 52,3% das PcD que nunca foram ao dentista, sendo que 6,2% destes disseram ter precisado ir a vários locais para conseguir atendimento (Tabela 20). Isso nos parece contraditório, pois, ao afirmar que conseguiram atendimento, entende-se que já foram ao dentista. Porém, levanta-se a hipótese de os responsáveis considerarem o fato de ir ao dentista apenas quando há a realização de algum procedimento odontológico, mesmo que preventivo. Essa percepção se deu devido às respostas relativas às dificuldades encontradas durante a consulta odontológica que abordaremos na sequência.

Para 33,6% dos entrevistados, a dificuldade em encontrar dentista que atenda PcD no SUS não foi sentida ou não houve a procura (Tabela 20). Tais achados são análogos aos de Cardoso *et al.* (2011), em que 75,0% dos investigados relataram baixa oferta de dentista para PNE, ou que os profissionais não estavam dispostos a atender PcD. Também Paulo *et al.* (2017) relatam que 45,6% dos PcD tiveram essa dificuldade. Na Itália, D'Addazio *et al.* (2021) indicam que 47,5% descreveram ter muita dificuldade em encontrar dentistas especializados e capaz de atendê-los.

No tocante à falta de vaga no SUS, observou-se que 62,2% (do total) relataram ter tido essa dificuldade “muitas vezes”. Esse cenário se repetiu tanto para as PcD que já haviam ido ao dentista (61,1%) quanto para aqueles que nunca foram (67,7%) (Tabela 20), reforçando o encontrado por Paulo *et al.* (2017), visto que, 45,6% dos responsáveis dos PcD participantes de seu estudo relataram falta de vaga para atendimento odontológico de PcD.

A respeito da dificuldade decorrente da falta de dinheiro, 52,1 % dos entrevistados afirmaram que isso ocorria “muitas vezes”. Todavia, dentre os que nunca foram ao dentista, houve uma pequena diferença para mais (56,9%), quando comparado a quem já tinha ido ao dentista (51,1%) (Tabela 20). Dificuldades financeiras na busca por assistência odontológica também foram relatadas por responsáveis de PcD no estudo de Damiance (2016).

Tabela 20 – Distribuição das dificuldades encontradas pelas PcD para conseguir atendimento odontológico – Manaus, 2024

Variável	PcD – foi ao dentista		PcD – nunca foi ao dentista		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Dificuldade de encontrar dentista que atenda PcD no SUS</b>						
Não teve dificuldade/ não procurou	103	32,3%	26	40,0%	129	33,6%
Sim, procurou e não encontrou	112	<b>35,1%</b>	34	<b>52,3%</b>	146	38,0%
Sim, foi a vários locais para conseguir atendimento	96	30,1%	4	6,2%	100	26,0%
Não respondeu/não sabia	8	2,5%	1	1,5%	9	2,3%
<b>Falta de vaga no SUS</b>						
Nunca / não procurou	95	29,8%	19	29,2%	114	29,7%
Às vezes	24	7,5%	2	3,1%	26	6,8%
Muitas vezes	195	61,1%	44	67,7%	239	62,2%
Não respondeu/não sabia	5	1,6%	0	0%	5	1,3%
<b>Falta de dinheiro</b>						
Nunca	89	27,9%	18	27,7%	107	27,9%
Às vezes	67	21,0%	10	15,4%	77	20,1%
Muitas vezes	163	51,1%	37	56,9%	200	52,1%
<b>Falta de tempo</b>						
Nunca	199	62,4%	28	52,3%	233	60,7%
Às vezes	55	17,2%	16	23,1%	70	18,2%
Muitas vezes	65	20,4%	21	24,6%	81	21,1%
<b>Dificuldades no transporte</b>						
Nunca	195	61,1%	34	43,1%	223	58,1%
Às vezes	51	16,0%	15	24,6%	67	17,4%
Muitas vezes	73	22,9%	16	32,3%	94	24,5%
<b>Grandes problemas da saúde da PcD</b>						
Nunca	229	71,8%	60	92,3%	289	75,3%
Às vezes	78	24,5%	4	6,2%	82	21,4%
Muitas vezes	12	3,8%	1	1,5%	13	3,4%

Fonte: A autora, 2024.

Ao perguntar sobre a falta de tempo, a maioria dos responsáveis relatou não ter essa dificuldade (60,7%) (Tabela 20), o que coaduna com os achados de Cardoso *et al.* (2011), uma vez que a falta de tempo foi relatada por 4,6% dos participantes de seu estudo. Importante frisar, como já destacamos, que as mães se dedicam em tempo integral aos cuidados dos filhos deficientes, abdicando, muitas vezes, do emprego (Fruhling *et al.*, 2022).

Sobre as dificuldades de transporte, a maioria disse não ter problema (58,1%), porém, nota-se que, dentre os que nunca foram ao dentista, 32,5% tiveram dificuldade com transporte de forma recorrente, enquanto esse cenário é observado em frequência menor dentre os que já tinham ido ao dentista (22,9%) (Tabela 20). Dificuldade no transporte foi uma das justificativas para 22,3% dos responsáveis que não levaram a PcD à assistência odontológica, conforme estudo de Cardoso *et al.* (2011). Em nossa pesquisa, grande parte dos pais (75,3%) não viu os

problemas de saúde dos filhos como empecilho na busca por atendimento odontológico e esse resultado foi ainda maior dentre aqueles que nunca haviam ido ao dentista (92,3%) (Tabela 20).

Tabela 21 – Distribuição das dificuldades encontradas pelas PcD no atendimento odontológico – Manaus, 2024

Variável	PcD – foi ao dentista		PcD - nunca foi ao dentista		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Dentista não conseguiu atender a PcD</b>						
Nunca	197	61,8%	62	95,4%	259	67,4%
Às vezes	57	17,9%	0	0,0%	57	14,8%
Muitas vezes	65	20,4%	2	3,1%	67	17,4%
Não sabia/ não respondeu	0	0,0%	1	1,5%	1	0,3%
<b>O dentista não quis atender a PcD</b>						
Nunca	252	79,0%	62	95,4%	314	81,8%
Às vezes	46	14,4%	0	0,0%	46	12,0%
Muitas vezes	21	6,6%	2	3,1%	23	6,0%
Não sabia/ não respondeu	0	0,0%	1	1,5%	1	0,3%
<b>A PcD não quis sentar a cadeira do dentista</b>						
Nunca	217	68,0%	63	96,9%	280	72,9%
Às vezes	50	15,7%	0	0,0%	50	13,0%
Muitas vezes	52	16,3%	1	1,5%	53	13,8%
Não sabia/ não respondeu	0	0,0%	1	1,5%	1	0,3%
<b>Dificuldade de acessibilidade no local</b>						
Nunca	221	69,3%	63	96,9%	284	74,0%
Às vezes	41	12,9%	1	1,5%	42	10,9%
Muitas vezes	57	17,9%	0	0,0%	57	14,8%
Não sabia/ não respondeu	0	0,0%	1	1,5%	1	0,3%

Fonte: A autora, 2024.

No que tange às dificuldades encontradas durante as consultas odontológicas – sobre todos os aspectos abordados, a saber: dentista não conseguiu atender; se recusou a atender; a PcD não quis sentar-se na cadeira ou têm dificuldades com as condições arquitetônicas do ambiente – a maioria relatou não ter tido essas dificuldades. Entretanto, vale ressaltar que 20,4% dos responsáveis disseram que “muitas vezes” e 17,9% “às vezes” o dentista não conseguiu realizar o atendimento (38,3%). 14,4% responderam “às vezes” e 6,6% “muitas vezes” o dentista não quis atender a PcD (21,0%) (Tabela 21). Tais dificuldades também foram encontradas nos estudos de Paulo *et al.* (2017), que encontraram que em 17,5% dos casos houve a recusa de atendimento por parte do dentista, e por Grando e Hashizume (2019), os quais revelam que, apesar de haver recusa em atender o paciente deficiente em 16,3% dos casos, em 54,5% houve o encaminhamento para um profissional mais qualificado. No entanto, Da Silva

*et al.* (2021) apontaram que em uma clínica-escola de Odontologia em Recife, 90,9% de PcD que nunca tiveram problemas durante o tratamento dentário. Demonstrando que o ensino voltado ao atendimento odontológico deste grupo populacional fez diferença no resultado favorável do tratamento.

Considerando somente as PcD que nunca foram ao dentista, podemos observar um resultado interessante: em 3,1% dos casos o dentista não conseguiu atender a PcD e outros 3,1% informaram que o dentista se recusou a prestar atendimento a PcD. Isso implica dizer que alguns responsáveis caracterizaram a ida ao dentista somente quando de fato algum procedimento odontológico foi realizado, como argumentamos anteriormente (Tabela 21).

#### 4.5 Associação dos determinantes primários de saúde bucal e o acesso à assistência odontológica pelas PcD

De acordo com Andersen e Davidson (1997), as características pessoais (predisposição, recursos financeiros e de necessidade) influenciam em relação ao acesso. Ao analisarmos, em nossa pesquisa, as associações entre as características de predisposição (sexo do responsável e nível educacional do responsável) e o acesso aos serviços odontológicos, temos que o sexo do responsável não demonstrou diferença estatística ( $p=0,514$ ), uma vez que aqueles cujo responsável era do sexo feminino tiveram uma taxa de acesso de 82,7%, enquanto o sexo oposto apresentou 86,8% de acesso (Tabela 22). Porém, De Souza *et al.* (2024) notaram, em crianças autistas cearenses, que ter um cuidador do sexo masculino diminui a chance de ir ao dentista nos últimos 12 meses.

Tabela 22 – Associação entre o sexo do responsável e acesso à assistência odontológica pelas PcD – Manaus, 2024

Sexo do responsável	Acesso à assistência odontológica (PcD)		
	Sim	Não	Total
Feminino (%)	286 (82,7%)	60 (17,3%)	346 (100%)
Masculino (%)	33 (86,8%)	5 (13,2%)	38 (100%)
Total (%)	319 (83,1%)	65 (16,9%)	384 (100%)

*p*-valor = 0,514\*

\* *p*-valor calculado pelo teste Qui-quadrado

Fonte: A autora, 2024.

Na associação entre a característica de predisposição “nível educacional do responsável” e o acesso das PcD à assistência odontológica, não houve associação estatisticamente significativa ( $p = 0,547$ ), posto que todos os níveis (ensino fundamental, ensino médio, ensino superior) ficaram com porcentagem entre 82% e 84,3% (Tabela 23). Tais evidências destoam das encontradas por outros autores (Condessa *et al.*, 2021; Baker, 2009), uma vez que os níveis de escolaridade mais avançados demonstraram influência positiva no acesso aos serviços odontológicos.

Tabela 23 – Associação entre o nível educacional do responsável e acesso à assistência odontológica pelas PcD – Manaus, 2024

Nível educacional do responsável	Acesso à assistência odontológica (PcD)		
	Sim (%)	Não (%)	Total (%)
Ensino fundamental (%)	70 (84,3%)	13 (15,7%)	83 (100%)
Ensino médio (%)	193 (83,2%)	39 (16,8%)	232 (100%)
Ensino superior (%)	55 (82,1%)	12 (17,9%)	67 (100%)
Não sabiam (%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (100%)
Total (%)	319 (83,1%)	65 (16,9%)	384 (100%)

$p\text{-valor} = 0,547^*$

\* $p$ -valor calculado pelo teste Exato de Fisher  
Fonte: A autora, 2024.

Ao analisarmos os recursos financeiros (renda familiar e recebimento do BPC) e o acesso à assistência odontológica das PcD, temos que a “renda familiar” demonstrou associação estatisticamente significativa ( $p = 0,037$ ) com o acesso à assistência odontológica das PcD (Tabela 24).

Tabela 24 – Associação entre a renda familiar e acesso à assistência odontológica pela PcD – Manaus, 2024

Renda familiar	Acesso à assistência odontológica (PcD)		
	Sim	Não	Total
1,00 a 500,00 (%)	3 (60,0%)	2 (40,0%)	5 (100%)
501,00 a 1.000,00 (%)	12 (60,0%)	8 (40,0%)	20 (100%)
1.001,00 a 2.000,00 (%)	130 (80,7%)	31 (19,3%)	161 (100%)
2.001,00 a 3.000,00 (%)	103 (88,0%)	14 (12,0%)	117 (100%)
3.001,00 a 5.000,00 (%)	41 (83,7%)	8 (16,3%)	49 (100%)
5.001,00 a 10.000,00 (%)	19 (90,5%)	2 (9,5%)	21 (100%)
Mais que 10.000,00 (%)	10 (100%)	0 (0,0%)	10 (100%)
Não sabe/não respondeu (%)	1 (100%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Total	319 (83,1%)	65 (16,9%)	384 (100%)

$p = 0,037^*$

\* $p$ -valor calculado pelo teste Exato de Fisher  
Fonte: A autora, 2024.

Podemos notar, na Tabela 24, que a proporção das PcD que teve acesso aumenta à medida que a renda familiar também aumenta, ultrapassando a faixa dos 90% de acesso dentre aquelas que recebiam entre 5 mil e 10 mil e chegando a 100% naquelas que recebiam mais de 10.000. Entre os que recebiam até 1 mil reais, a proporção de acesso foi de 60%, dialogando com a pesquisa de Baker (2009), que também verificou que a renda influenciava no acesso aos serviços bucais. Em contrapartida, Alves (2017) notou que PcD residentes em lares com condições socioeconômicas piores tinham índices de acesso maiores, pois apresentavam problemas bucais recorrentes.

Na Tabela 25, ao verificarmos o acesso à assistência odontológica e receber ou não BPC, obteve-se uma associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), sendo de 88,5% a taxa de acesso dentre os que recebiam o benefício e de 75,2% entre os que não recebiam. Em contrapartida, conforme Da Silva *et al.* (2022), cuidadores de PcD, em Araguaína, declararam o benefício BPC como insuficiente para arcar com as despesas das PcD. Já Damiance, em 2016, na cidade de São Paulo, verificou que mais de 80% dos responsáveis alegavam não conseguir arcar com os custos de um tratamento odontológico sem contar com a ajuda de algum benefício do governo, ratificando, portanto, a importância do BPC para essa população, pois quem não recebia teve menor acesso à assistência odontológica.

Tabela 25 – Associação entre receber BPC e acesso à assistência odontológica pelas PcD – Manaus, 2024

Recebe BPC	Acesso à assistência odontológica (PcD)		
	Sim	Não	Total
Sim (%)	201 (88,5%)	26 (11,5%)	227 (100%)
Não (%)	118 (75,2%)	39 (24,8%)	38 (100%)
Total (%)	319 (83,1%)	65 (16,9%)	384 (100%)
$p < 0,001^*$			

\* *p*-valor calculado pelo teste Qui-quadrado

Fonte: A autora, 2024.

Sobre a associação entre o acesso odontológico e a necessidade percebida, foi estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ): dentre as 70,5% das PcD que foram ao dentista, os cuidadores perceberam a necessidade do tratamento odontológico, à medida que 29,5% das PcD foram ao dentista sem que os responsáveis percebessem a necessidade (Tabela 26).

Tabela 26 – Associação do acesso à assistência odontológica pelas PcD e necessidade percebida – Manaus, 2024

Necessidade percebida	Acesso à assistência odontológica (PcD)		
	Sim (%)	Não (%)	Total (%)
Sim	225 (70,5%)	23 (35,4%)	248 (64,6%)
Não	94 (29,5%)	42 (64,6%)	136 (35,4%)
Total	319 (100%)	65 (100%)	384 (100%)

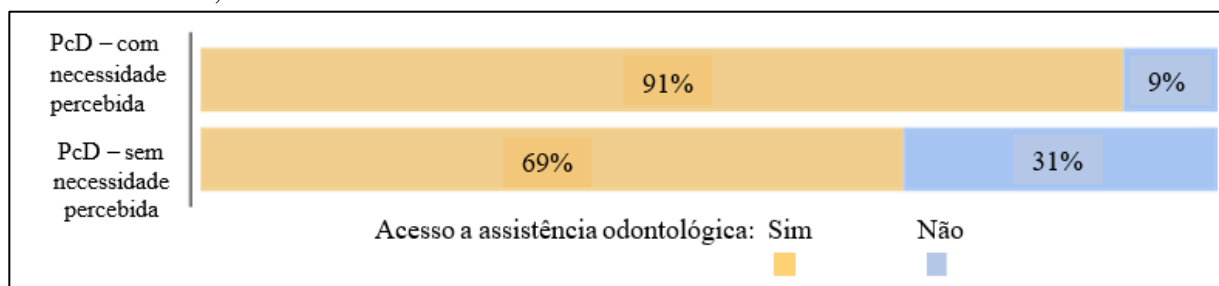
*p*-valor < 0,01\*

\* *P*-valor calculado pelo teste Qui-quadrado

Fonte: A autora, 2024.

Ao examinarmos o Gráfico 10, observamos que 91% das PcD cujos cuidadores perceberam a necessidade de atendimento tiveram acesso à assistência odontológica. Quando agregamos os resultados da Tabela 26 e do Gráfico 10, confirmamos que o determinante necessidade (percebida) influenciou positivamente no acesso das PcD à assistência odontológica. A necessidade percebida é o componente com maior influência na utilização dos serviços induzidos por crenças e valores culturais, como também pelos fatores predisponentes (Andersen, 1968; Andersen; Davidson, 1997). Tal associação é comparável com os achados de outras pesquisas (Rocha, 2012; Damiance, 2016; Da Silva, 2022), uma vez que os cuidadores de PcD afirmaram que procuram atendimento odontológico quando necessário, devido a dor ou por cáries, percebendo a existência da necessidade.

Gráfico 10 – Associação da necessidade percebida e acesso à assistência odontológica pelas PcD – Manaus, 2024



Fonte: A autora, 2024.

Foi avaliado, também, o acesso das PcD à assistência odontológica, associando-o ao Sistema de atenção de atenção à Saúde Bucal, no que diz respeito aos recursos (pela variável Disa de moradia). Ao realizarmos o teste, não houve diferenças significativas ( $p > 0,05$ ). Observa-se, na Tabela 27, que as PcD moradoras do Disa Norte possuem a maior taxa de acesso (88,3%), enquanto os residentes do Oeste ficaram com a menor porcentagem (75,5%). Vale relembrar que embora as PcD residentes no Disa Norte tenham apresentado os maiores

percentuais de acesso à assistência odontológica, mais da metade teve de realizar um grande deslocamento para conseguir atendimento, evidência contrária ao que Andersen (1968) preconizou – para o uso dos serviços acontecer havia necessidade de profissionais e instalações de saúde (fatores capacitantes) nas proximidades dos lares e locais de trabalho da população.

Tabela 27 – Associação entre o Disa da residência e acesso à assistência odontológica pelas PcD – Manaus, 2024

Disa da residência	Acesso à assistência odontológica (PcD)		
	Sim	Não	Total
Leste (%)	95 (80,5%)	23 (19,5%)	118 (100%)
Norte (%)	91 (88,3%)	12 (11,7%)	103 (100%)
Oeste (%)	37 (75,5%)	12 (24,5%)	49 (100%)
Sul (%)	96 (84,2%)	18 (15,8%)	114 (100%)
Total (%)	319 (83,1%)	65 (16,9%)	384 (100%)

*p*-valor = 0,196\*

*p*-valor calculado pelo teste Exato de Fisher

Fonte: A autora, 2024.

Em suma, não houve associação estatisticamente significativa entre as características pessoais predisponentes (sexo do responsável e nível educacional do responsável) e o acesso aos serviços odontológicos. No entanto, as características pessoais relacionadas a recursos financeiros (renda familiar e recebimento de BPC) demonstraram associação estatisticamente significativas com o acesso aos serviços odontológicos. As características pessoais de necessidade também demonstram associação estatisticamente significativa, enquanto nos recursos de atenção à saúde bucal (Disa da residência) não houve associação.

O presente estudo tem limitações inerentes à pesquisa transversal, com a impossibilidade de assumir a causalidade dos eventos. Além disso, a falta de informações governamentais atualizadas sobre a quantidade populacional, incluindo os diversos tipos de deficiências, dificultou a obtenção de uma amostra representativa e impossibilitou extrapolar os resultados encontrados para a população de PcD de Manaus, resultando na existência de viés de seleção, uma vez que a amostra precisou ser de conveniência. Houve também baixa participação de PcD de idades mais avançadas, pois os locais de coleta eram voltados, em sua maioria, para crianças com deficiências. Outro viés que pode estar presente na pesquisa é o de informação, sendo eles de memória e de prevaricação, visto que as entrevistas aconteceram com os responsáveis das PcD.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amostra do presente estudo foi composta por PcD, nascidas em Manaus, em maior proporção do sexo masculino, com idade correspondente com a infância e a adolescência, de raça/cor parda. Grande parte dependia, parcial ou totalmente, de cuidados para realizar as atividades de vida diária e a principal deficiência encontrada foi o Transtorno do Espectro Autista. A maioria frequentava a escola, mas a taxa de alfabetização era baixa, seguindo a característica educacional desse grupo populacional.

As PcD que participaram do estudo viviam em lares com renda familiar entre mil e 2 mil reais e a maioria recebia o BPC. Porém, pouquíssimos recebiam o Bolsa Família. A principal fonte de água era a rede geral de abastecimento. O cuidador principal foi a mãe, que possuía, na maioria dos casos, nível de estudo até o ensino médio e tinha 1 ou 2 filhos.

Houve predomínio das PcD que procuraram por atendimento odontológico no último ano e foram atendidas, como também daquelas que tiveram problemas odontológicos e haviam ido ao dentista, porém a proporção das PcD que não frequentavam o dentista de forma regular foi expressiva. A busca ativa à essa população se faz necessária, para a manutenção e acompanhamento odontológico, além de captar as PcD que nunca foram ao dentista visando a melhoria da saúde bucal desses indivíduos.

Os procedimentos de caráter preventivo foram os motivos centrais das últimas consultas, dado que contradiz o que se encontra na literatura, que indica que as PcD exibem diversos problemas bucais com necessidade de intervenção curativa. Logo, é importante haver estudos que abordem esta temática a fim de esclarecer os pontos encontrados na pesquisa em tela. Como por exemplo, o levantamento das condições bucais das PcD de Manaus, correlacionando com os procedimentos odontológicos realizados seja no setor público quanto no privado.

A qualidade dos atendimentos odontológicos foi considerada, em média, boa. O SUS foi responsável por um pouco mais da metade dos atendimentos, seguido pelos serviços particulares, porém, proporcionalmente, o SUS também apresentou a maior taxa de insucesso na procura por dentistas que atendessem às PcD. A maioria das PcD que tiveram sua última consulta no SUS acessaram a atenção básica, seguido daqueles que foram atendidos em estabelecimentos que correspondem à atenção secundária (CEO e CAIC), em acordo o ordenamento da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Embora Manaus possua dois hospitais com centros cirúrgicos adaptados para atendimento de PcD, conforme informação do MS, o presente

estudo não encontrou atendimento odontológico realizado na atenção terciária, cabe destacar que no CNES não constam cadastros de equipes de saúde bucal no âmbito hospitalar.

Na busca por assistência odontológica, a maioria das PcD teve a última consulta odontológica em local próximo a residência (mesmo bairro, mesmo Disa e bairro próximo). No entanto, vale frisar que, principalmente, os moradores das imediações do Disa Norte percorreram longas distâncias para ir ao dentista, apesar da região concentrar o maior quantitativo de estabelecimentos públicos com assistência odontológica na rede de atenção de Manaus. Recomenda-se análise da rede de atenção à saúde bucal do Disa Norte a fim de verificar como se dá a assistência odontológica às PcD para sanar os grandes deslocamentos.

Embora o resultado do estudo não possa ser extrapolado para toda a população de PcD de Manaus, foram evidenciadas barreiras, tais como: dificuldade em encontrar dentista que atenda PcD no SUS, falta de vaga no SUS, falta de dinheiro, sendo relatadas, principalmente, pelas PcD que não tinham acesso à assistência odontológica. Também houve casos de dentistas não conseguirem atender as PcD e, até mesmo, recusas de atendimento às PcD por parte do cirurgião-dentista. Portanto, é necessária a avaliação da rede de atenção à saúde bucal, com foco na assistência odontológica às PcD, com o objetivo de elucidar a falta de vagas. Sugere-se também a oferta de cursos de capacitação a respeito do atendimento odontológico às PcD.

Na análise do modelo de Andersen (1997), verificou-se que as características pessoais predisponentes não demonstraram diferença estatística para o desfecho acesso. Contudo, ter renda familiar mais elevada e receber BPC apresentaram-se como aspectos mais favoráveis ao acesso à assistência odontológica, assim como os responsáveis das PcD notarem a necessidade de problemas odontológicos.

Diante os achados do presente estudo e visto que a literatura científica aponta diversos problemas bucais devido às condições de saúde dessa população, é necessário a realização de um planejamento adequado da assistência odontológica pública às PcD residentes de Manaus, para que todos consigam ser assistidos conforme determinam os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS.

Apesar das limitações presentes na pesquisa, é inegável a sua importância, principalmente pela inexistência de estudos com essa temática em Manaus.

## REFERÊNCIAS

- ACKERMAN, Marc Bernard. Dentistry at crossroads: The access to care crisis for patients with special needs. **Special Care in Dentistry**, v. 33, n. 6, 2013. Disponível em: <<https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Aagd%3A2%3A27279970/detailv2?sid=ebsco%3Aplin%3Ascholar&id=ebsco%3Aagd%3A91667093&crl=c>> Acesso: 05 jan. 2024.
- ALVES, Francielle Ribeiro. **Acessibilidade à atenção em saúde bucal de pacientes com deficiência intelectual**, 2017. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Saúde de Nova Friburgo, 2017. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/12683>> Acesso em: 18 jun. 2022.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação - SEDECTI. **População Estimada por Bairro de Manaus-AM**. Amazonas, 2021. Disponível em: <[https://www.seducti.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/mapa\\_da\\_populacao\\_por\\_bairro\\_de\\_manaus.pdf](https://www.seducti.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/mapa_da_populacao_por_bairro_de_manaus.pdf)> Acesso em: 23 fev. 2024.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado de Assistência Social. Departamento de Gestão do SUAS. **Boletim Informativo socioeconômico – Manaus**. Manaus. 2024. Disponível em: <[https://office365prod-my.sharepoint.com/personal/comunicacao\\_social\\_seas\\_am\\_gov\\_br/\\_layouts/15/onedrive.aspx?ga=1&id=%2Fpersonal%2Fcomunicacao%5Fsocial%5Fseas%5Ffam%5Fgov%5Fbr%2FDocuments%2FBOLETIM%20INFORMATIVO%20SEAS%2F5%2EMANAU%20%2D%20NOVO%5FLAYOUT%2Epdf&parent=%2Fpersonal%2Fcomunicacao%5Fsocial%5Fseas%5Fam%5Fgov%5Fbr%2FDocuments%2FBOLETIM%20INFORMATIVO%20SEAS](https://office365prod-my.sharepoint.com/personal/comunicacao_social_seas_am_gov_br/_layouts/15/onedrive.aspx?ga=1&id=%2Fpersonal%2Fcomunicacao%5Fsocial%5Fseas%5Ffam%5Fgov%5Fbr%2FDocuments%2FBOLETIM%20INFORMATIVO%20SEAS%2F5%2EMANAU%20%2D%20NOVO%5FLAYOUT%2Epdf&parent=%2Fpersonal%2Fcomunicacao%5Fsocial%5Fseas%5Fam%5Fgov%5Fbr%2FDocuments%2FBOLETIM%20INFORMATIVO%20SEAS)> Acesso em: 05 jul. 2024.
- AMORIM, Érico Gurgel *et al.* Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **Holos**, v. 1, p. 224-236, 2018. Disponível em: <<https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/5775>> Acesso em: 07 ago. 2022.
- ANDERSEN, Ronald. A behavioral model of families' use of health services. 1968. Disponível em: <<https://www.cabidigitallibrary.org/doi/full/10.5555/19702701913>> Acesso: 21 jul. 2022.
- ANDERSEN, Ronald; DAVIDSON, Pamela. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1-10, Mar 1995. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/2137284>> Acesso em: 23 jul. 2022.
- ANDERSEN, Ronald; DAVIDSON, Pamela. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. **Advances in dental research**, v. 11, n. 2, p. 203-209, 1997. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/08959374970110020201>> Acesso em: 29 jul. 2022.
- ANDERSEN, Ronald; DAVIDSON, Pamela. Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators. In: ANDERSEN; R. M; RICE, T. H; KOMINSKI, G. F.

(Eds.). **Changing the U.S. health care system: Key issues in health services policy and management.** San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2014.

BAKER, Sarah. Applying Andersen's behavioural model to oral health: what are the contextual factors shaping perceived oral health outcomes? **Community Dentistry and Oral Epidemiology** v. 37, n. 6, p. 485-494, 2009. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0528.2009.00495.x>> Acesso em: 14 abr. 2023

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 2004. Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnsb/arquivos/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnsb/arquivos/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf)> Acesso em: 17 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005.** Define as Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 599 de março de 2006.** Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília, 2006a. Disponível em: <<https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/443/2018/12/Port599CEOLRPD.pdf>> Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização** – Série A. Normas e Manuais Técnicos. MS. 2. ed. Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>> Acesso em: 08 out 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Caderno de Atenção Básica nº 17.** Brasília, 2008. Disponível em: <[file:///C:/Users/ander/Downloads/saude\\_bucal.pdf](file:///C:/Users/ander/Downloads/saude_bucal.pdf)> Acesso em: 12 dez. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.032/GM, 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. Brasília, 2010.

BRASIL. **Portaria nº793, de 24 de abril de 2012.** Institui a rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)> Acesso em: 24 mai. 2022

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). **Viver sem Limites – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.** Brasília, 2013a.

Disponível em:

<<https://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/633.pdf>> Acesso em: 22 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota Técnica nº01/2014.**

Registro de procedimento odontológico realizado em Ambiente Hospitalar. Brasília, 2013b.

Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/atencao-especializada/arquivos/2014/nt\\_procedimentos\\_odontologicos\\_aih.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/atencao-especializada/arquivos/2014/nt_procedimentos_odontologicos_aih.pdf)> Acesso em: 22 set. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 13.005 de 25 de junho de 2014.** Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providências. Brasília, 2014. Disponível em:

<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/113005.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113005.htm)> Acesso em: 13 ago. 2022.

BRASIL. **Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de inclusão de Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016.** Brasília, 2016. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em 15 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde/GABINETE DO MINISTRO. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017a. Disponível em: <[https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031)> Acesso em: 29 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017b. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-de-atencao-psicossocial-raps/13297-consolidacao-n-3-saude-mental-1/file>> Acesso em 13 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: MS, 2018. Disponível em:

<[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7465666/mod\\_resource/content/2/4-%20REDES%20DE%20ATEN%C3%87%C3%83O%20SA%C3%99DE%20BUCALsaude\\_](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7465666/mod_resource/content/2/4-%20REDES%20DE%20ATEN%C3%87%C3%83O%20SA%C3%99DE%20BUCALsaude_)

bucal\_sistema\_unico\_saude.pdf#:~:text=O%20centro%20de%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20das,os%20profissionais%20da%20Sa%C3%BAde%20Bucal).> Acesso 12 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente**. Brasília, 2022a. Disponível em:

<file:///C:/Users/ander/Downloads/Passo%20a%20Passo%20vers%C3%A3o%20COM%20CORRECAO.pdf> Acesso em: 27 de fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Centros Cirúrgicos adaptados à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD**. Brasília, 2022b

Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/atencao-especializada/arquivos/2022/centro-cirurgicos-adaptados-rcpd.pdf>> Acesso em: 14 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **SB Brasil 2020: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: projeto técnico**. Brasília: Ministério da Saúde 2022c. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/arquivos/2022/projeto-tecnico-sb-brasil-2020.pdf>>

Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente – Saúde Bucal no SUS. **Presidente Lula Sanciona Lei que Garante Saúde Bucal no SUS como Política de Estado**. Brasília, 2023a.

Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/maio/arquivos/cartilha\\_brasil-sorridente\\_maio-2023.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/maio/arquivos/cartilha_brasil-sorridente_maio-2023.pdf)> Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 14.572, de 08 de maio de 2023**. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Brasília: MS, 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº751, de 15 de junho de 2023**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS Nº5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal. Brasília. MS, 2023c.

BRASIL. Jusbrasil. **Comparação entre CID e CIF: Uma Perspectiva para o Diagnóstico Fisioterapêutico e Implicações Jurídicas**. 2024. Disponível em:

<[CAIRES, Patricia Kapicius Mariano. \*\*Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais no centro de especialidades odontológicas da estância hidromineral de Póá\*\*, 2018. Tese \(Doutorado\) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2018.](https://www.jusbrasil.com.br/artigos/comparacao-entre-cid-e-cif-uma-perspectiva-para-o-diagnostico-fisioterapeutico-e-implicacoes-juridicas/2487182447#:~:text=A%20CID%20e%20a%20CIF,social%20com%20uma%20abordagem%20biopsicossocial.> Acesso em: 16 mar. 2024.</p>
</div>
<div data-bbox=)

Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23154/tde-05112018-125937/en.php>> Acesso em: 24 out. 2022.

CARDOSO, Andreia Medeiros Rodrigues *et al.* O acesso ao cuidado em saúde bucal para crianças com deficiência motora: perspectivas dos cuidadores. **Pesquisa Brasileira em**

**Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n. 4, p. 593-599, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/637/63722200021.pdf>> Acesso em: 22 nov. 2022.

CONDESSA, Aline Macarevich *et al.* Use of dental services by disability status in Brazil in 2013. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 49, n. 5, p. 471-477, 2021. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cdoe.12623>> Acesso em: 06 dez. 2022.

D'ADDAZIO, Gianmaria *et al.* Access to dental care—A survey from dentists, people with disabilities and caregivers. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 4, p. 1556, 2021. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/4/1556>> Acesso em: 14 nov. 2022.

DA SILVA, Eduarda Tomé Ferreira; *et al.* Aspectos clínicos e demográficos de pessoas com deficiência atendidas em uma clínica-escola de Odontologia. **Revista da ABENO**, v. 21, n. 1, p. 1238-1238, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.30979/revabeno.v21i1.1238>> Acesso em 13 jan. 2024.

DA SILVA, William Renato Gomes *et al.* Saúde bucal e perfil social de pacientes com necessidades especiais: um estudo na APAE de Araguaína-TO. **Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 34, 2022. Disponível em: <<http://revistas.faculdadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/1475>> Acesso em: 30 jul. 2023.

DAMIANCE, Patrícia Ribeiro Mattar. **Acesso da pessoa com deficiência múltipla aos serviços de saúde bucal**. 2016. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/T.25.2016.tde-07112016-092910>> Acesso em: 22 set. 2022.

DOS SANTOS, Joyce Joyme Silva; CARNEIRO, Sofia Vasconcelos. Saúde bucal de pacientes com necessidades especiais em Aracati-CE. **Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, v. 4, n. 6, p. 35-46, 2019. Disponível em: <<https://www.revistaremececi.com.br/index.php/remecs/article/view/36>> Acesso em 13 ago. 2023.

DE SOUZA, Samanta Pereira *et al.* Qualidade de vida do cuidador e saúde bucal do indivíduo com necessidade especial. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n. 2, p. 257-262, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/637/63721615017.pdf>> Acesso em: 15 out. 2023.

DE SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte *et al.* Utilization of dental services by children with autism spectrum conditions: The role of primary health care. **Special Care in Dentistry**, v. 44, n. 1, p. 175-183, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/scd.12837>> Acesso em: 02 abr. 2024

FIGUEIREDO, Jander Phillippe Diniz *et al.* O perfil socioeconômico de mães de pessoas com deficiência. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 11, n. 14, pág. e500111436570-e500111436570, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36570>> Acesso em: 18 nov. 2023.

FLÓRIO, Flávia Martão *et al.* Saúde bucal em indivíduos portadores de múltiplas deficiências. **RGO (Porto Alegre)**, p. 251-256, 2007. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-519063>> Acesso em: 08 out. 2023.

FRUHLING, Maryana Thais de Campos *et al.* Qualidade de vida de mães de crianças com deficiências físicas e mentais. **Revista de Saúde Coletiva da UEFES**, v. 12, n. 2, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v12i2.7771>> Acesso em: 15 out. 2023.

GRANDO, Debora; HASHIZUME, Lina Naomi. Avaliação do acesso e satisfação aos serviços odontológicos prestados a indivíduos com síndrome de Down na visão de seus pais ou cuidadores. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 60, n. 2, p. 11-19, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.22456/2177-0018.91638>> Acesso em 12 out. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Amostra - Pessoas com Deficiência**. Brasília; 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/pesquisa/23/23612?detalhes=true>> Acesso em: 14 abr. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro; 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=294525>> Acesso em: 22 nov. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Nota técnica nº 001/2018**. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no censo demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo Washington. 2018. Disponível em: <[https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/metodologia/notas\\_tecnicas/nota\\_tecnica\\_2018\\_01\\_censo2010.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf)> Acesso em: 20 jan. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: ciclos de vida**. Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, [Ministério da Saúde]. Rio de Janeiro; 2021. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101846>> Acesso em: 22 nov. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2022: Panorama – Manaus (AM)**. 2022. Disponível em: <<https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>> Acesso em: 24 fev. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD-Contínua). **Pessoas com deficiência:2022**. IBGE, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro; 2023. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102013>> Acesso em 24 nov. 2023.

LAWRENCE, Herenia *et al.* Acesso à saúde bucal pública pelo paciente especial: a ótica do cirurgião-dentista. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 2, p. 190-197, 2014. Disponível em: <<https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/2620>> Acesso: 14 fev. 2023.

LEMOS, Ana Carolina Oliveira; KATZ, Cintia Regina Tornisiello. Condições de saúde bucal e acesso ao tratamento odontológico de pacientes com paralisia cerebral atendidos em um centro de referência do Nordeste-Brasil. **Revista CEFAC**, v. 14, p. 861-871, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-18462012005000045>> Acesso: 18 nov. 2022.

LEWIS, Charlotte *et al.* Unmet dental care needs among children with special health care needs: implications for the medical home. **Pediatrics**, v. 116, n. 3, p. e426-e431, 2005. Disponível em: <<https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/116/3/e426/68410/Unmet-Dental-Care-Needs-Among-Children-With>> Acesso em: 21 jan. 2024.

LIMA, Mayra Barbosa Sindeaux *et al.* Perfil Socioeconômico da população com deficiência do município de Marabá-PA. In: **Anais do 8º congresso brasileiro de educação especial**. 2018. Disponível em: <[https://cpee.unifesspa.edu.br/images/ANAIS\\_VCPPEE/COMUNICACAO\\_ORAL/PERFILS\\_OCIOECONMICO.pdf](https://cpee.unifesspa.edu.br/images/ANAIS_VCPPEE/COMUNICACAO_ORAL/PERFILS_OCIOECONMICO.pdf)> Acesso em: 22 fev. 2024.

LIMA, Beatriz Peres da Silva *et al.* Perfil de alunos com deficiência na rede municipal de ensino em Manaus. **Revista da Associação Brasileira de Atividade Motora Adaptada**, v. 23, n. 2, 2023. Disponível em: <<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/sobama/article/view/14004>> Acesso em: 24 nov. 23.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. SEMSA. Manaus, 2018.

MORAIS JUNIOR, Renato Carvalho *et al.* Social, educational and dental profiles of brazilian patients with special needs attended at a center for dental specialties. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 19, p. e3819, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.4034/PBOCI.2019.191.55>> Acesso em: 21 mai. 2023.

NAOURI, Diane Médica *et al.* What are the determinants of specialized outpatient and dental care use in adults with disabilities living in institutions: findings from a national survey in France. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 97, n. 8, p. 1276-1283, 2016. Disponível em: <[https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999316001039?casa\\_token=q7ZMy8zGwl0AAAAA:xZLeqLFp8avPZUP\\_NP4p3FYyNTkf\\_3UNk9avEH2\\_\\_OHmv\\_ec00UzccXGRV5SfDCBZB\\_z6G-YUQ](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999316001039?casa_token=q7ZMy8zGwl0AAAAA:xZLeqLFp8avPZUP_NP4p3FYyNTkf_3UNk9avEH2__OHmv_ec00UzccXGRV5SfDCBZB_z6G-YUQ)> Acesso em: 05 set. 2023.

NOGUEIRA, Giovani Cavalheiro *et al.* Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3131-3142, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17622016>> Acesso em: 11 fev. 2024.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho *et al.* **Redes de Atenção à Saúde**: atenção à saúde organizada em redes. Universidade Federal do Maranhão. UMA-SUS/UFMA. São Luís, 2016. Disponível: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7563/1/Redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20C3%A0%20sa%C3%BAde%20>

%20A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20C3%A0%20sa%C3%BAde%20organizada%20em%20redes.pdf > Acesso: 12 mar. 2024.

PAULO, Juliana Rodrigues *et al.* Experiência de pacientes com deficiências na utilização de serviços públicos odontológicos. **FOL – Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**, v. 27(1), p. 21-28, 2017. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Matheus-Perazzo-2/publication/318044337\\_Experiencia\\_de\\_pacientes\\_com\\_deficiencias\\_na\\_utilizacao\\_de\\_servicos\\_publicos\\_odontologicos/links/5956f8d1458515ea4c5d0e0c/Experiencia-de-pacientes-com-deficiencias-na-utilizacao-de-servicos-publicos-odontologicos.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Matheus-Perazzo-2/publication/318044337_Experiencia_de_pacientes_com_deficiencias_na_utilizacao_de_servicos_publicos_odontologicos/links/5956f8d1458515ea4c5d0e0c/Experiencia-de-pacientes-com-deficiencias-na-utilizacao-de-servicos-publicos-odontologicos.pdf)> Acesso em: 15 nov. 2023.

PINI, Danielle de Moraes *et al.* Avaliação da saúde bucal em pessoas com necessidades especiais. **Einstein (São Paulo)**, v. 14, p. 501-507, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3712>> Acesso em 12 nov. 2023.

REBELO, Maria Augusta Bessa *et al.* A fluoretação das águas de abastecimento público: uma análise a partir do princípio da equidade. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 8, n. 4, p. 93-100, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.22239/2317-269X.01491>> Acesso em: 26 fev. 2024.

RIBEIRO, Adyelle Dantas. Transtorno do espectro autista na odontologia. **Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras**, v. 8, p. 806-817, 2021. Disponível em: <[https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume\\_29/Trabalho\\_63\\_2021.pdf](https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_29/Trabalho_63_2021.pdf)> Acesso em: 09 dez. 2023.

ROCHA, Lyana Leal. **Acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços públicos odontológicos em Fortaleza-CE**. 2012. Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2012. Disponível em: <[https://www.lareferencia.info/vufind/Record/BR\\_df0829e3eec52f200d2ec18db6943c09](https://www.lareferencia.info/vufind/Record/BR_df0829e3eec52f200d2ec18db6943c09)> Acesso em: 28 de out. 2023.

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE. Pesquisa Cuidados no Domicílio. **Pessoas com deficiências estão entre as mais dependentes de cuidados**. São Paulo, 2023. Disponível em: <<https://cuidadosnodomicilio.seade.gov.br/wp-content/uploads/sites/20/2023/02/Seade-cuidados-domicilio-pessoas-com-deficiencias-estao-entre-mais-dependentes-cuidados.pdf>> Acesso em: 12 out. 2023.

VAITSMAN, Jeni; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência: barreiras de acesso e lacunas intersetoriais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3527-356, 2017. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.20042017>> Acesso em 07 out. 2023.

VENTURA. Luiz Alexandre Souza. Resultado do Censo 2022 sobre pessoas com deficiência só deve sair no último trimestre de 2024. **Estadão**, São Paulo, 2024. Disponível em: <<https://www.estadao.com.br/brasil/vencer-limites/resultado-do-censo-2022-sobre-pessoas-com-deficiencia-so-deve-sair-no-ultimo-trimestre-de-2024/>> Acesso em: 20 fev. 2024.

VOLQUIND, Lauren *et al.* Pessoas com deficiência: Percepção de seus cuidadores quanto ao atendimento odontológico. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar**, v. 2, n. 1, p. 8-25, 2021. Disponível em: <<https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/47>> Acesso em: 31 ago. 2023.

WHO. World Health Organization. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)**. Genebra, 2024. Disponível em: <<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>> Acesso em: 16 mar. 2024.

**Apêndice A** – Descrição das variáveis e categorias utilizadas no estudo

<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>
1 Caracterização demográfica e socioeconômica da família	
1.2 informações do responsável e/ou cuidador	
1. Idade	Anos de vida (contínua)
3. Cidade e estado que nasceu	Variável qualitativa
4. Cor	1- Branca; 2- Preta; 3- Amarela; 4- Parda; 5- Indígena; 9- Não sei/não respondeu.
5. Endereço	Variável aberta
6. Grau de parentesco	1- Pais; 2- Avó(ô); 3- Irmã(o); 4- Tia(o); 5- Outros.
7. Quantidade de filhos	Variável aberta
8. Quantos filhos possuem alguma deficiência	Variável aberta
9. Responsável é alfabetizado	1 Sim; 2 Não;
10. Qual a última série o responsável estudou com aprovação	1- Não sei; 2- Ensino fundamental; 3- Ensino médio; 4- Superior.
11. Número de pessoas residentes na moradia	Variável contínua
12. Quantidade de cômodos na casa	Variável contínua
13. Quantidade de eletrodoméstico	Variável contínua
14. Renda familiar do último mês	1- 1,00 a 500,00; 2- 501,00 a 1.000,00; 3- 1.001,00 a 2.000,00; 4- 2.001,00 a 3.000,00; 5- 3.001,00 a 5.000,00; 6- 5.001,00 a 10.000,00; 7- 10.001,00 a 20.000,00; 8- 20.000, 00 a 100.000,00; 9- Não sei/não respondeu.
15. Possui acesso à internet	0- Não; 1- Sim; 9- Não sei/não respondeu;
16. Recebeu bolsa família no último ano	0- Não; 1- Sim; 9- Não sei/não respondeu.
17. Recebeu BPC	0- Não;

	1-Sim; 9- Não sei/não respondeu.
18. Recebeu algum outro benefício do governo	0-Não; 1-Sim; 9- Não sei/não respondeu;
19. Recebeu aposentadoria por invalidez	0- Não; 1- Sim; 9- Não sei/não respondeu.
20. A água chega na casa	1- Canalizada em casa; 2- Canalizada no terreno; 3- Não canalizada; 9- Não sei/não respondeu.
21. Qual a principal fonte de abastecimento de água	1- Rede geral de distribuição; 2- Poço profundo ou artesiano; 3- Poço raso ou freático ou cachimba; 4- Fonte, nascente ou mina; 5- Carro-pipa; 6-Água da chuva armazenada; 7- Rios, açudes córregos, lagos e igarapés; 8- Outras; 9- Não respondeu.
<b>1.2 Informações da pessoa com deficiência</b>	
1. Idade	Anos de vida (variável contínua)
2. Sexo	1- Feminino; 2- Masculino.
3. Local de nascimento	Variável aberta
4. Cor/raça	1- Branca; 2- Preta; 3- Amarela; 4- Parda; 5- Indígena; 9- Não sei/não respondeu.
5. Vive com quem	1- Sozinho; 2- Família; 3- Abrigo; 4- Outros.
6. Principal deficiência	Variável aberta
7. Se estuda	1- Sim; 2- Não.
8. Se lê e escreve	1- Sim; 2- Não.
9. Nível de dependência nas atividades de vida diária	1- Independente; 2- Parcialmente dependente; 3- Totalmente dependente.
<b>2 Condições de acesso à assistência odontológica</b>	
1. A PcD já teve problemas dentários	0- Nunca; 1- Às vezes; 2- Muitas vezes; 9- Não sei/não respondeu.
2. A PcD consegue comunicar dor	0- Nunca;

	<p>1- Às vezes;  2- Muitas vezes;  9- Não sei/não respondeu.</p>
3. Se não, o responsável e/ou cuidador nota mudanças de comportamento	<p>1- Sim;  2- Não;  9- Não se aplica.</p>
4. A PcD já foi ao dentista	<p>0- Nunca;  1- Sim;  9- Não sei/ não respondeu.</p>
5. A PcD vai sozinha ao dentista	<p>1- Sim;  2- Não;  9- Não sei/ não respondeu.</p>
6. Alguém procurou atendimento odontológico para a PCD no último ano	<p>0- Não procurou;  1- Procurou e não foi atendido;  2- Procurou e foi agendado para outro local;  3- Procurou e foi agendado para outro dia;  4- Procurou e foi atendido;  9- Não sei/não respondeu.</p>
<p>7. Lugares que os responsáveis e/ou cuidadores procuraram para que a PcD fosse atendida:</p> <p>a) SUS;  b) Serviço particular;  c) Plano ou convênio;  d) Faculdade pública;  e) Faculdade particular;  f) Outros.</p>	<p>• Levou  1- Sim;  2- Não.  • Conseguiu  1- Sim;  2- Não.</p>
8. Tempo decorrido da última consulta da PcD no dentista	<p>0- Nunca foi;  1- Até um ano;  2- Entre 1 a 2 anos;  3- Entre 2 a 3 anos;  4- Mais de 3 anos;  5- Não sei/ não respondeu.</p>
9. Onde aconteceu a última consulta odontológica da PcD.	<p>0- Nunca foi;  1- SUS;  2- Serviço particular;  3- Plano ou convênio;  4- Outros;  5- Faculdade pública;  6- Faculdade particular;  9- Não sei/não respondeu.</p>
10. Se no SUS, onde ocorreu	<p>1- UBS;  2- CEO;  3- CAIC;  4- Hospital;  5- Domicílio;  6- Universidade pública;  7- Outros;  9- Não sei/ não respondeu.</p>

11. Motivo da última consulta.	1- Limpeza, prevenção ou revisão; 2- Dor de dente; 3- Extração; 4- Tratamento dentário; 5- Problemas na gengiva; 6- Tratamentos de feridas na boca; 7- Colocação/manutenção de aparelho ortodôntico; 8- Colocação/manutenção de prótese dentária; 9 Outros; 99- Não sei/ não respondeu.
12. Qualidade da assistência recebida na última consulta	1- Muito bom; 2- Bom; 3- Regular; 4- Ruim; 5- Muito ruim; 9- Não sabia/não respondeu.
13. Localização do estabelecimento onde ocorreu a última consulta, baseado no bairro residencial.	1- Bairro da residência; 2- Em outro bairro, porém em outro Disa; 3- Bairro próximo, porém em outro Disa; 4- Bairro distante, em outro Disa; 5- Bairro muito distante, em outro Disa.
14. A PcD tem plano odontológico	1- Sim; 2- Não; 9- Não sei/não respondeu.
15. Dificuldade de encontrar dentista que atenda PcD no SUS	0- Não; 1- Sim, procurei e não encontrei; 2- Sim, fui a vários locais para conseguir atendimento; 9- Não sei/não respondeu.
16. Dificuldades enfrentadas para conseguir atendimento odontológico para a PcD a) Falta de vaga no SUS; b) Falta de dinheiro; c) Falta de tempo; d) Dificuldade no transporte para a PcD; e) Grandes problemas de saúde da PcD.	0- Nunca; 1- Às vezes; 2- Muitas vezes.
17. Dificuldades enfrentadas durante o atendimento odontológico a PcD a) Dentista não conseguiu atender a PcD; b) Dentista não quis realizar o atendimento; c) A PcD não quis sentar-se na cadeira do dentista; d) Barreiras arquitetônicas.	0- Nunca; 1- Às vezes; 2- Muitas vezes.
18. A PcD faz acompanhamento periódico no dentista	0- Não; 1- Sim.

## Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Caro(a) participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Acesso de pessoas com deficiência à assistência odontológica pública na cidade de Manaus-Amazonas” de responsabilidade da pesquisadora Eduarda Cândida Gomes Aguiar, discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), orientada pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Alessandra Valle Salino.

A constituição brasileira assegura que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado a sua garantia, mediante políticas públicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, oferecendo a todos os indivíduos acesso universal, equitativo e integral nos três níveis de atenção à saúde”. Sabemos ainda que a cidade de Manaus possui uma população de pessoas com deficiência significativa e encontra-se na 8ª posição com maior número de habitantes com alguma deficiência. Diante disso, a presente pesquisa tem como objetivo principal analisar o acesso de pessoas com deficiência aos serviços odontológicos públicos na cidade de Manaus.

A participação nesta pesquisa consistirá em responder questionários a respeito do perfil sociodemográfico e acesso à assistência odontológica, cuja aplicação será de maneira individual, lido e o preenchido pela pesquisadora, conforme as respostas obtidas dos responsáveis e/ou cuidadores, com o objetivo de diminuir os riscos como a perda de sigilo das informações e o constrangimento durante as entrevistas. A sua participação é voluntária e a qualquer momento o sujeito poderá se retirar da pesquisa e os custos provenientes da pesquisa serão de responsabilidades das pesquisadoras.

A equipe que coletará seus dados passou por um treinamento prévio com relação à aplicação dos questionários. As pesquisadoras adotarão todas as medidas sanitárias de combate à COVID -19, como o uso de máscara obrigatória, álcool em gel, distanciamento físico, e manter atualizada a carteira de vacinação com todas as doses disponíveis. Ademais, a coleta será suspensa se as pesquisadoras estiverem com sintomas gripais.

O benefício decorrente do conhecimento sobre o acesso a assistência odontológica às pessoas com deficiência na cidade de Manaus será a produção de dados cientificamente comprovados que poderá subsidiar o planejamento e reorientação das

ações de saúde bucal, facilitando a tomada de decisões destinadas a esta parcela da população. Considerando ainda as tendências demográficas poderá alertar para a atenção a este grupo nas políticas públicas e, conseqüentemente, contribuir para a otimização de recursos com maior grau de acertos quanto à execução de atividade nas necessidades epidemiológicas. Os responsáveis e/ou cuidadores participantes do estudo, serão orientados a respeito dos locais que devem procurar na busca pelo acesso aos serviços odontológicos e os que notificarem necessidade de assistência odontológicas voltadas para pessoas com deficiência, serão encaminhados para consultas na Policlínica Odontológica da UEA.

A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo as Diretrizes e Normas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins desta pesquisa, e os resultados poderão ser publicados por um período de até 5 anos, após isso serão destruídos. Reafirmo a confiabilidade dos dados prestados, mantendo o total sigilo das informações coletadas e asseguro que seus dados não serão utilizados de forma individual.

Declaro que foram cumpridas as exigências contidas no item IV.3 da Resolução n.446, de 12 de dezembro de 2012.

Caso se sinta esclarecido(a) sobre as informações que estão neste Termo e aceite fazer parte do estudo, peço que assine ao final deste documento, em duas vias, sendo uma via sua e a outra da pesquisadora responsável pela pesquisa. Saiba que você tem total direito de não querer participar.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa intitulada “Acesso de pessoas com deficiência à assistência odontológica pública na cidade de Manaus - Amazonas”, de maneira clara, detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Declaro ter compreendido as informações oferecidas pela pesquisadora e auxiliar de pesquisa, estando ciente dos objetivos e benefícios dessa pesquisa. Concordo com a publicação dos dados que tenham relação com o estudo e aceito que eles sejam inspecionados por pessoas autorizadas pela pesquisadora.

Manaus, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante



Impressão datiloscópica do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Esta pesquisa está sendo orientada pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Alessandra Valle Salino, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e desenvolvida pela mestranda Eduarda Cândida Gomes Aguiar. Caso necessite de maiores informações contate-nos por telefone (92) 98201-9865 ou por e-mail: [ecga.msc22@uea.edu.br](mailto:ecga.msc22@uea.edu.br) ou no endereço Rua Rio Tique, 42, São José III. Em caso de dúvidas, relacionadas aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar o Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UEA. Telefone: (92) 99295-9078; e-mail: [comite.ict.esa@uea.edu.br](mailto:comite.ict.esa@uea.edu.br) ou no endereço Av. Carvalho Leal, 1777 – Cachoeirinha.

## Anexo A – Instrumento utilizado na coleta de dados

Caracterização demográfica socioeconômica da família		
Informações do responsável e/ou cuidador		
1. Nome:		
2. Idade:	3. Telefone:	4. Sexo: 1 Feminino; 2 Masculino
5. Cidade e estado em que nasceu?		6. Cor/Raça: 1 Branca; 2 Preta; 3 Amarela; 4 Parda; 5 Indígena; 6 Não sabe/não respondeu
7. Endereço:		Bairro:
8. Grau de parentesco com a pessoa com deficiência: 1 Pais; 2 Avó(ô); 3 Irmã(o); 4 Tia(o); 5 Outros.	9. Quantos filhos o(a) Sr.(a) tem?	10. Quantos possuem alguma deficiência?
11. O(a) Sr.(a) lê e escreve? 1 Sim; 2 Não	12. Qual a última série que o(a) Sr.(a) cursou com aprovação? 1 Não sei; 2 Ensino Fundamental; 3 Ensino Médio; 4 Superior	
13. Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr.(a), moram na sua casa? Número de pessoas que compõem a unidade familiar – 99 Não sei/Não respondeu.		
14. Quantos cômodos têm na sua casa? Incluindo cozinha e banheiro. Deve ser informado o número de total de cômodos -99 Não sei/Não respondeu.		
15. Quantos eletrodomésticos/ aparelhos eletrônicos têm sua casa? Considerar como bens: televisão, geladeira, fogão, micro-ondas, máquina de lavar, aparelho de som, celular, computador ou notebook – 99 Não sei/não respondeu.		
16. No mês passado, quanto receberam em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa-família, pensão, aluguel, soldo, aposentadoria ou outros rendimentos? 1 – 1,00 a 500,00; 2 – 501,00 a 1.000,00; 3 – 1.001,00 a 2.000,00; 4 – 2.001,00 a 3.000,00; 5 – 3.001,00 a 5.000,00; 6 – 5.001,00 a 10.000,00; 7 – 10.001,00 a 20.000,00; 8 – 20.001,00 a 100.000; 9 – Não sabe/não respondeu.		
17. Alguém na sua casa tem acesso a internet em casa por computador, tablet, televisão, celular? 0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/Não respondeu.		
18. Alguém na sua casa recebeu, no último, ano o Bolsa Família? 0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/Não respondeu.		
19. Alguém na sua casa recebeu, no último ano, o Benefício Assistencial de Prestação Continuada – BPC-LOA? 0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/Não respondeu.		
20. Alguém na sua casa recebeu, no último ano, algum benefício de outro programa do governo? 0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/ Não respondeu.		
21. A PcD da sua casa recebeu ou recebe aposentadoria por invalidez? 0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/ Não respondeu.		
22. A água da sua casa chega: 1. Canalizada em casa; 2 Canalizada no terreno; 3 Não canalizada; 9 Não sei/Não respondeu.		
23. Qual a principal forma de abastecimento de água utilizada na sua casa? 1 - Rede geral de distribuição; 2 - poço profundo ou artesiano; 3 - Poço raso, freático ou cacimba; 4 - Fonte, nascente ou mina; 5 - Carro-pipa; 6 - Água da chuva armazenada; 7- Rios, açudes, córregos, lagos e igarapés; 8 - Outras; 9 - Não respondeu.		

Informações da pessoa com deficiência		
24. Nome:		
25. Idade:	26. Sexo: 1 Feminino; 2 Masculino	27. Cidade e estado de nascimento:
28. Cor/raça: 1 Branca; 2 Preta; 3 Amarela; 4 Parda; 5 Indígena; 6 Não sei/Não respondeu		29. Vive com quem? 1 Sozinho; 2 Família; 3 Abrigo; 4 Outros
30. Qual a principal doença / o que torna ele (a) especial?		31. Estuda: 1 Sim; 2 Não
32. Lê e escreve? 1 Sim; 2 Não	33. Qual é o nível de dependência da PcD (Atividade de Vida Diária)? 1 Independente; 2 Parcialmente dependente; 3 totalmente dependente	

Formulário referente às condições de acesso assistência de saúde bucal		
1. A PcD já teve problemas dentários? 0 Nunca, 1 Às vezes; 2 Muitas vezes; 9 Não sei/Não respondeu.		
2. A PcD consegue comunicar as dores de dentes ou na boca para o(a) Sr.(a) (fala, gestos, expressões)? 0 Nunca, 1 Às vezes; 2 Muitas vezes; 9 Não sei/Não respondeu.		
3. Se Não, o(a) Sr.(a) identifica mudanças de comportamento da PcD devido aos problemas dentários? 1 Sim; 2 Não; 9 Não se aplica.		
4. A PcD já foi ao dentista? 0 Nunca; 1 Sim; 9 Não sei/Não respondeu.		
5. Se a PcD já foi ao dentista, vai sozinha? 1 Sim; 2 Não; 9 Não sei/Não respondeu		
6. No último ano, o(a) Sr.(a) ou alguém da família procurou algum dentista para que a PcD fosse atendida? 0 Não procurei; 1. Procurei e não foi atendido; 2 Procurei e fui agendado para outro local; 3 Procurei e foi agendado para outro dia; 4 Procurei e fui atendido; 9 Não sei/Não respondeu.		
7. Quais os lugares que o(a) Sr.(a) ou alguém da família procurou para que a PcD fosse atendida?		
Use: 1 sim; 2 não	Levou	Conseguiu
a) SUS;		
b) Serviço particular;		
c) Plano ou convênio;		
d) Universidade pública;		
e) Universidade particular;		
f) Outros		
8. Quando a PcD se consultou no dentista pela última vez? 0 Nunca foi; 1 Até um ano; 2 Mais de 1 ano a 2 anos; 3 Mais de 2 anos e 3 anos; 4 Mais de 3 anos; 9 Não sei/Não respondeu.		
9. Onde foi a última consulta da PcD no dentista? 0 Nunca foi; 1 SUS; 2 Serviço particular; 3 Plano ou convênio; 4 Outros; 5 Universidade pública; 6 Universidade particular ; 9 Não sei/Não respondeu.		
10. Se no SUS, onde ocorreu? 1 UBS; 2 CEO; 3 CAIC; 4 Hospital; 5 Domicílio; 6 Universidade pública; 7 Outro; 9 Não sei/Não respondeu.		
11. Qual o motivo da última consulta da PcD no dentista / Por qual foi ao dentista? 0 Nunca foi ao dentista; 1 Limpeza, prevenção ou revisão; 2 Dor de dente; 3 Extração; 4 Tratamento dentário (obturação, canal etc.); 5 Problemas de gengiva; 6 Tratamento de feridas na boca; 7 Colocação/manutenção de aparelho ortodôntico; 8 Colocação/manutenção de prótese dentária; 9 Outros ; 99 Não sei/Não se aplica.		
12. Na última consulta da PcD ao dentista o que o(a) Sr.(a) achou do tratamento? 0 Nunca foi ao dentista; 1 Muito bom; 2 Bom; 3 Regular; 4 Ruim; 5 Muito ruim; 9 Não sei/Não respondeu. Se 4 ou 5, motivos: _____		
13. O bairro da última consulta fica próximo a residência da PcD? 1 Bairro da residência; 2 Zona Distrital da residência; 3 Zona Distrital próxima à residência; 5 Zona Distrital distante da residência. 6 Zona Distrital muito distante da residência; 9 Não sei/Não respondeu. _____		
14. A PcD tem algum plano odontológico particular, de empresa ou órgão público? 0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/Não respondeu.		
15. O(a) Sr.(a) tem dificuldade de encontrar dentista que atenda PcD pelo SUS? 0 Não; 1 Sim, procurei e não encontrei; 2. Sim, fui a vários para conseguir atendimento; 9 Não sei/Não respondeu.		
16. Que tipos de dificuldade Sr.(a) teve para levar a PcD ao dentista: 0 Nunca; 1 Às vezes; 2 Muitas vezes. (use para responder a lacuna referente às linhas "a" até a linha "e")		
a) Falta de vaga no SUS		
b) Falta de dinheiro		
c) Falta de tempo		
d) Dificuldade no transporte para a PcD		
e) Devido a grandes problemas de saúde		
17. Que tipos de dificuldades o dentista teve no atendimento/manejo da PcD: 0 Nunca; 1 Às vezes; 2 Muitas vezes. (use para responder a lacuna referente às linhas "a" até a linha "d")		
a) Dentista não conseguiu atender a PcD		
b) Dentista não quis realizar o atendimento		
c) A PcD não quis sentar na cadeira do dentista		
d) Dificuldades de acesso ao local do atendimento (questões de acessibilidade/estrutura arquitetônica)		
18. O(a) dentista faz o acompanhamento periódico da saúde bucal da PcD? 0 Não; 1 Sim.		

**Anexo B** – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Acesso de pessoas com deficiência à assistência odontológica pública na cidade de Manaus - Amazonas

**Pesquisador:** EDUARDA CANDIDA GOMES AGUIAR

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 71330123.4.0000.5016

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.876.855

**Apresentação do Projeto:**

**Título da Pesquisa:** Acesso de pessoas com deficiência à assistência odontológica pública na cidade de Manaus - Amazonas

**Pesquisador:** Eduarda Candida Gomes Aguiar

**Área Temática:** Não declarada

**Versão:** 2

**CAAE:** 71330123.4.0000.5016

**Instituição Proponente:** Universidade Do Estado Do Amazonas

**Patrocinador Principal:** Financiamento próprio

**Número do Parecer Anterior:** 6.206.645

**Data do Parecer Anterior:** 28/07/2023

**Número do Parecer:** 6.825.084

**Número de participantes:** 384

**DETALHAMENTO DO PROJETO:**

As informações contidas nos campos „Apresentação do Projeto“, „Objetivo da Pesquisa“ e „Avaliação dos Riscos e Benefícios“ foram obtidas do documento contendo as Informações Básicas da Pesquisa.

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3878-4368

**Fax:** (92)3878-4368

**E-mail:** cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 6.876.855

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), responsável pelo Censo Demográfico de 2010, o Brasil possuía um quantitativo de 45.623.910 pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas: visual, auditiva, motora e mental ou intelectual; o que representava 23,9% da população brasileira. Com relação ao estado do Amazonas, a população de pessoas com deficiência (PcD), era de 791.162, correspondendo a 22,7% da população do estado. A cidade de Manaus, exibiu à época 461.414 PcD, equivalendo a 25,6% da população do município. Vale ressaltar, que as PcD não são doentes, mas vivem em situações que requerem cuidados especiais e adaptações, e cabe aos governos considerarem e modificarem atitudes, ambientes e equipamentos, com o propósito de permitir o livre acesso de todos, sem gerar constrangimento e de maneira equitativa. A Constituição Federal de 1988 (CF/88) assegurou no Brasil a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Por conseguinte, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a população brasileira teve o acesso à assistência à saúde pública garantido em todos os níveis de atenção. Em relação à saúde das PcD, foram implementadas políticas e ações específicas para essa população, como por exemplo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, que em suas diretrizes, ratifica a garantia do direito à saúde e reconhece as questões complexas que envolvem essa população quando trata sobre: a prevenção de deficiências, a promoção da qualidade de vida, a melhoria dos mecanismos de informação, a capacitação de recursos humanos, a atenção integral à saúde e a organização e funcionamento dos serviços. No âmbito da saúde bucal pública no Brasil, sua inserção efetiva se deu na criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004. Assim, a atenção à saúde bucal passou a ser ofertada de maneira integral, nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), envolvendo as três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Dessa forma, a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) é organizada na Atenção Básica (AB) através das Equipes de Saúde Bucal (eSB) inseridas na Estratégia da Saúde da Família (ESF), atuando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Odontológicas Móveis (UOM), Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF); na Atenção Secundária ou média complexidade, por meio da assistência à saúde bucal especializada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD); e na Atenção Terciária ou alta complexidade nos hospitais. A AB é a principal porta de entrada do SUS e é capaz de resolver cerca de 80% dos

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3878-4368

**Fax:** (92)3878-4368

**E-mail:** cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 6.876.855

problemas de saúde, as necessidades de assistência especializada devem ser encaminhadas para os demais níveis de atenção por meio do sistema de referência/contrarreferência (BRASIL, 2018). A RASB está inserida na RCPD por meio da transversalidade das ações, em todos os níveis de atenção, logo a assistência à saúde bucal das PcD faz parte dos componentes da atenção à saúde das PcD (BRASIL, 2012). No que tange a atenção integral à saúde da PcD, na AB, encontram-se fatores facilitadores como - as ações de prevenção e reabilitação e as visitas domiciliares; e fatores dificultadores - baixa qualificação dos profissionais frente às demandas dos usuários com deficiência, falta de acessibilidade, como também a existência de barreiras arquitetônicas (AMORIM, 2018). Um estudo, realizado na cidade de Fortaleza, sobre o acesso de PcD a atenção à saúde bucal no SUS, sob a ótica dos cirurgiões-dentistas que atendem na Atenção Básica, verificou que apesar de grande parte dos profissionais prestarem assistência odontológica para esse público, o atendimento se limita ao exame clínico, tratamento possível (não especificado) e orientação de higiene bucal. Os procedimentos realizados com mais frequência foram: profilaxia e aplicação tópica de flúor, sendo raros os procedimentos restauradores, periodontais e as exodontias; e o principal motivo pelo não atendimento às PcD foi a falta de treinamento/capacitação dos cirurgiões-dentistas (LAWRENCE, 2014). O conceito de acesso vem sendo amplamente discutido na literatura e sofreu alterações com o passar do tempo. Andersen (1995) definiu acesso como "o uso real dos serviços oferecidos, que acontece pela presença de recursos facilitadores"; categorizando-o em equitativo - quando as variáveis demográficas e de necessidade abrangem a maior parte da variação das pessoas que buscam a utilização dos serviços; e desigual - quando a estrutura social (educação, ocupação e raça), as crenças em saúde e os recursos facilitadores determinam quem recebe os cuidados médicos. Nesse sentido, desenvolveu o modelo comportamental a fim de compreender os motivos que induzem as famílias a utilizarem os serviços de saúde; definir e medir o acesso aos cuidados de saúde; e auxiliar no desenvolvimento de políticas para promover o acesso equitativo (ANDERSEN, 1995). Algumas pesquisas demonstram que a população de PcD é desassistida de atenção à saúde bucal e que esse fato pode ser explicado pela existência das seguintes barreiras: falta de acesso, existência de barreiras arquitetônicas, insuficiência de serviços apropriados e resolutivos, déficit de profissionais adequados, condições socioeconômicas e demográficas, ausência de encaminhamento e de assistência odontológica especializada (ALVEZ, 2017; CARDOSO, 2011; LEMOS, 2012). Assim sendo, diante da expressiva prevalência de PcD na cidade de Manaus, da ausência de estudos locais a respeito do acesso desses indivíduos à assistência odontológica oferecida pelo SUS e em virtude de a literatura

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3878-4368

**Fax:** (92)3878-4368

**E-mail:** cep.uea@gmail.com

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 6.876.855

científica evidenciar que essa população sofre ao procurar atendimento odontológico, formulamos a seguinte pergunta de pesquisa: As PcD que residem em Manaus têm acesso à assistência odontológica nos três níveis de atenção do SUS?

**Hipótese:**

A nossa principal hipótese é que as pessoas com deficiência encontram barreiras na busca por assistência odontológica na cidade de Manaus.

**Metodologia Proposta:**

Trata-se de uma pesquisa analítica e descritiva com recorte de temporalidade transversal e abordagem metodológica quantitativa. A pesquisa será realizada no município de Manaus, capital do estado do Amazonas. A pesquisa será realizada em PcD de todas as idades que residem em Manaus e que estão cadastradas nas instituições ou nas escolas que serão realizadas a coleta de dados. A amostra será de 384 indivíduos, por se tratar de uma amostra por conveniência não será necessário somar 20% prevendo as recusas. A aplicação dos formulários será realizada de forma individual, lido e preenchido pelas pesquisadoras. Serão aplicados os seguintes formulários: a) Formulário de caracterização demográfica e socioeconômica das PcD e famílias, adaptado do SB Brasil, 2020; b) Formulário sobre as condições de acesso à assistência de saúde as PcD, adaptado do SB Brasil 2020 e DADDAZIO, 2021. Os dados coletados serão tabulados, descritos e analisados diretamente no programa estatístico Jamovi, versão 2.3.16. Para análise descritiva, utilizaremos tabelas de frequência relativa e absoluta para as variáveis categóricas; as variáveis contínuas serão apresentadas por medida de tendência central e de dispersão. Para a análise estatística, utilizaremos a regressão logística múltipla para verificar as condições de acesso a assistência de saúde bucal (variável dependente) com as demais variáveis do estudo. Serão consideradas as observâncias éticas contempladas na Resolução nº 466/2012 e Norma Operacional 001/13 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Será solicitada autorização das instituições envolvidas para a realização deste estudo.

**Critério de Inclusão:**

Pessoas com deficiência, de todas as idades, residentes de Manaus cadastradas nos locais da pesquisa cujos responsáveis e/ou cuidadores estejam presentes no momento da coleta de dados.

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3878-4368

**Fax:** (92)3878-4368

**E-mail:** cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 6.876.855

**Critério de Exclusão:**

Pessoa com Deficiência cujo responsável e/ou cuidador tenha idade abaixo de 18 anos ou que não tenha informações a respeito da PcD.

**Metodologia de Análise de Dados:**

Os dados coletados serão tabulados, descritos e analisados diretamente no programa estatístico Jamovi, versão 2.3.16. Para análise descritiva, utilizaremos tabelas de frequência relativa e absoluta para as variáveis categóricas; as variáveis contínuas serão apresentadas por medida de tendência central e de dispersão. Para a análise estatística, utilizaremos a regressão logística múltipla para verificar as condições de acesso a assistência de saúde bucal (variável dependente) com as demais variáveis do estudo (variáveis independentes), sendo elas referentes aos questionários das condições socioeconômicas e demográficas, e de acesso. Serão adotados nesse estudo o intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar o acesso de PcD à assistência odontológica no SUS na cidade de Manaus

Objetivo Secundário:

- a) Descrever os aspectos demográficos e socioeconômicos de PcD e famílias que residem em Manaus; b) Estimar os tipos de deficiências encontradas nos residentes de Manaus;
- c) Verificar as maneiras de acesso e se as PcD têm dificuldade na busca pela assistência odontológica do SUS, em Manaus;
- d) Identificar se há diferença de acesso à assistência odontológica às PcD entre os três níveis de atenção do SUS, no último ano em Manaus;
- e) Investigar se as deficiências pesquisadas afetam o acesso à assistência odontológica no SUS, em Manaus;
- f) Observar se as variáveis demográficas e socioeconômicas das PcD interferem no acesso à assistência odontológica no SUS, em Manaus.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3878-4368

**Fax:** (92)3878-4368

**E-mail:** cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 6.876.855

O envolvimento de seres humanos nesta pesquisa resume-se a realização de entrevistas, portanto apresenta riscos mínimos como a perda de sigilo das informações e de constrangimento durante as entrevistas. Tais riscos serão minimizados através de entrevistas em locais reservados, de maneira individual e os dados coletados só serão tratados pelas pesquisadoras e de maneira nenhuma serão publicados de forma individual. Independente do baixo risco, será enfatizado que a participação será voluntária e a qualquer momento o sujeito poderá se retirar da pesquisa.

**Benefícios:**

O benefício decorrente do conhecimento sobre o acesso das PcD à assistência odontológica pública em Manaus, será a produção de dados epidemiológicos cientificamente comprovados que poderá subsidiar o planejamento e orientação das ações de saúde bucal, facilitando a tomada de decisões destinadas a essa parcela da população. Considerando ainda as tendências demográficas, poderá alertar para a atenção destinada a esses indivíduos mediante políticas públicas e ações específicas para o grupo e, conseqüentemente, contribuir para a otimização de recursos com maior grau de acertos quanto à execução de atividades e necessidades epidemiológicas. O benefício ao participante da pesquisa decorre de orientação quanto aos locais adequados para a busca do acesso aos serviços de saúde bucal; e em caso de necessidade de tratamento, encaminharemos os participantes para tratamento na Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma emenda na versão 1 da proposta de estudo. No entanto a pesquisadora não anexou a carta esclarecendo a sua demanda, o que inviabilizou a análise ética da solicitação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

vide campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

**Recomendações:**

vide campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trata-se de um protocolo de pesquisa com seres humanos, o mesmo atende os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Pelo exposto somos pela aprovação, salvo o melhor juízo, o parecer.

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3878-4368

**Fax:** (92)3878-4368

**E-mail:** cep.uea@gmail.com

**UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA**



Continuação do Parecer: 6.876.855

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_2187211_E1.pdf	22/03/2024 21:13:40		Aceito
Outros	TERMO_DE_ANEUENCIA_PROAMDE.pdf	22/03/2024 21:01:20	EDUARDA CANDIDA GOMES AGUIAR	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANEUENCIA_SEMED.pdf	22/03/2024 20:59:45	EDUARDA CANDIDA GOMES AGUIAR	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_NOVO_CEP.pdf	22/03/2024 20:58:38	EDUARDA CANDIDA GOMES AGUIAR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_CEP_NOVO.pdf	22/03/2024 20:44:51	EDUARDA CANDIDA GOMES AGUIAR	Aceito
Outros	Carta_de_anuenciacao_pestalozzi_de_manaus_CEP.pdf	03/07/2023 19:18:11	EDUARDA CANDIDA GOMES AGUIAR	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_instituto_autismo_do_amazonas_CEP.pdf	03/07/2023 19:17:10	EDUARDA CANDIDA GOMES AGUIAR	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_instituto_caue_tinoco_CEP.pdf	03/07/2023 19:16:31	EDUARDA CANDIDA GOMES AGUIAR	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_congregacao_das_irmas_salesiana_dos_sagrados_coracoes_Cep.pdf	03/07/2023 19:15:38	EDUARDA CANDIDA GOMES AGUIAR	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade_SEDUC_cep.pdf	03/07/2023 19:12:33	EDUARDA CANDIDA GOMES AGUIAR	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_SEDUC_CEP.pdf	03/07/2023 19:10:49	EDUARDA CANDIDA GOMES AGUIAR	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_UEA_CEP.pdf	03/07/2023 19:09:59	EDUARDA CANDIDA GOMES AGUIAR	Aceito
Outros	Formulario_02_acesso_a_assistencia_de_saude_bucal_CEP.pdf	03/07/2023 19:07:54	EDUARDA CANDIDA GOMES AGUIAR	Aceito
Outros	Formulario_01_demografico_e_socioeconomico_CEP.pdf	03/07/2023 19:06:51	EDUARDA CANDIDA GOMES AGUIAR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_esclarecido_CEP.pdf	03/07/2023 19:03:16	EDUARDA CANDIDA GOMES AGUIAR	Aceito

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3878-4368

**Fax:** (92)3878-4368

**E-mail:** cep.uea@gmail.com

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 6.876.855

Folha de Rosto	Folha_de_rosto_CEP.pdf	03/07/2023 18:59:42	EDUARDA CANDIDA GOMES AGUIAR	Aceito
----------------	------------------------	------------------------	---------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MANAUS, 10 de Junho de 2024

---

**Assinado por:**  
**ELIELZA GUERREIRO MENEZES**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3878-4368

**Fax:** (92)3878-4368

**E-mail:** cep.uea@gmail.com