

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia



Dissertação de Mestrado

**CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS AO ACESSO A SERVIÇOS
ODONTOLÓGICOS PÚBLICOS PELA POPULAÇÃO DE PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA E GESTANTES DO DISTRITO FEDERAL**

ATAYDES DIAS MAGALHÃES

Brasília, 2021

ATAYDES DIAS MAGALHÃES

**CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS AO ACESSO A SERVIÇOS
ODONTOLÓGICOS PÚBLICOS PELA POPULAÇÃO DE PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA E GESTANTES DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca Júnior

Brasília, 2021.

ATAYDES DIAS MAGALHÃES

CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS AO ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS
PÚBLICOS PELA POPULAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E GESTANTES
DO DISTRITO FEDERAL

Dissertação submetida à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília
como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca Júnior – UnB

Prof. Dr. Edson Hilan Gomes Lucena – UFPE

Profa. Dra. Fernanda Campos de Almeida Carrer – USP

Prof. Dr. Tiago Araújo Coelho de Souza – UnB

Brasília, 08 de Janeiro de 2021.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me conceder a vida, da qual desfruto todos os dias.

Aos meus pais e meu irmão por todo apoio, que foram fundamentais para essa conquista, e que estiveram diretamente envolvidos no crescimento pessoal e profissional desde o começo deste curso.

A minha amiga Samantha, que mesmo sem saber embarcou nessa loucura comigo, e dividiu comigo os melhores e piores momentos dessa jornada.

Aos novos amigos, Pati, Bia, Synthia, que foram indescritíveis a convivência e o crescimento mútuo que tivemos durante o período, e demais colegas do programa que fizeram meus dias melhores. Muitos trabalhos, aprendizados e desenvolvimento de atividades que me proporcionaram um grande crescimento pessoal e profissional.

Aos velhos amigos Amanda, Nemere, Duda, Lore, Denaldo, Carol, Stella e Mayra, que sempre acreditaram e torceram pelo meu sucesso.

Agradeço ao professor Gilberto Pucca pela orientação e pelo auxílio devotado a mim no decorrer do mestrado.

Sou grato aos professores que compuseram a banca avaliadora, Profa Fernanda, Prof Edson e Prof Tiago, estes que dispuseram de seu tempo para participarem do desfecho deste trabalho.

Agradeço aos professores que fizeram parte da minha formação acadêmica, que durante todos esses anos transmitiram seu conhecimento, para que hoje eu pudesse concluir essa fase.

Aos meus familiares, que foram de extrema importância, proporcionando apoio, força e sustentação para seguir firme na caminhada até o final. Suportaram a carga imposta por esses longos anos de estudo e que agora vibram com a minha vitória.

Meus sinceros agradecimentos a todos que participaram junto comigo deste ciclo.

“A maior recompensa para o trabalho do homem não é o que ele ganha com isso, mas o que ele se torna com isso.”

John Ruskin

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Acesso e Utilização dos serviços de Saúde.....	23
Figura 2 – Política Nacional de Saúde Bucal – Plano Nacional para Pessoas com Deficiência.....	26

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Atendimento Odontológico gestante primeira consulta por região de saúde, em 2019.....	34
Gráfico 02 - Atendimento Odontológico gestante primeira consulta, por competência, em 2019.....	34
Gráfico 03 - Atendimento Odontológico de gestantes, consulta de retorno, por região de saúde, em 2019.....	35
Gráfico 04 - Atendimento Odontológico de gestante, consulta de retorno por competência, em 2019.....	35
Gráfico 05 - Atendimento Odontológico de gestante, consulta de manutenção, por região de saúde, em 2019.....	36
Gráfico 06 - Atendimento Odontológico de gestante, consulta de manutenção, por competência, em 2019.....	36
Gráfico 07 - Atendimento odontológico PcD primeira consulta, por região de saúde, em 2019.....	38
Gráfico 08 - Atendimento odontológico PcD primeira consulta, por competência, em 2019.....	38
Gráfico 09 - Atendimento odontológico de PcD – Consulta de retorno, por região de saúde, em 2019.....	39
Gráfico 10 - Atendimento odontológico PcD – Consulta de retorno, por competência, em 2019.....	39
Gráfico 11 - Atendimento odontológico PcD, consulta de manutenção, por região de saúde, em 2019.....	40
Gráfico 12 - Atendimento odontológico PcD, consulta de manutenção.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Atendimento Odontológico para gestantes, pessoas com deficiência.....	33
Tabela 2 - Atendimento Odontológico gestante primeira consulta, retorno, manutenção.....	37
Tabela 3 - Atendimento odontológico PcD primeira consulta, retorno, manutenção.....	41

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

AP - Atenção Primária

APS - Atenção Primária Saúde

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas.

DF - Distrito Federal

ESF - Estratégia Saúde da família

UOM - Unidade Odontológica Móvel

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PCD - Pessoa com deficiência

PHPN -Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento

PNE - Portadores de Necessidades Especiais

PNAD - Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

PNSPD – Plano Nacional de saúde a Pessoa com Deficiência

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RCPD - Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência

RESUMO

Magalhães, Ataydes Dias. **Características associadas ao acesso a Serviços Odontológicos públicos pela população de Pessoas com Deficiência e gestantes do Distrito Federal**. 2020. 71f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade Ciências da Saúde, Universidade Federal de Brasília, Brasília.

Este estudo analisou o acesso da pessoa com deficiência e gestantes ao atendimento odontológico nas equipes de saúde bucal no Distrito Federal através da

análise de indicadores de consultas odontológicas. O estudo foi realizado a partir da extração de dados secundários, provenientes dos sistemas de informações em saúde de base nacional. A partir dos relatórios e-SUS, oriundos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal para o ano de 2019, foram adotadas como unidades de análise todas as sete regiões do Distrito Federal sendo elas, Central, Centro-sul, Leste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul. A coleta dos dados foi realizada no período de março a Julho de 2020. Os dados foram exportados para o programa Excel, versão 2007 (Microsoft Corp., Estados Unidos da América), agrupados de acordo com os subgrupos de atendimentos odontológicos e apresentados em frequências absolutas e relativas. Para a análise dos indicadores, foi realizado ANOVA e teste de Tuckey com nível de significância de 5%, utilizando o programa Statistica 2010. Em relação aos dados analíticos, houve diferença estatística em todas as regiões do Distrito Federal. A região Sudoeste apresentou o maior número de atendimentos a gestantes, seguida pela região Oeste, sendo a região central a que apresentou os menores valores. O atendimento a PcD foi superior também na região Sudoeste, seguido pela região Norte, e a região Centro-Sul apresentou os menores valores. Através dos resultados é possível concluir que o acesso aos atendimentos odontológicos não é realizado de modo igualitário, há diferenças entre as regiões do Distrito Federal, no que diz respeito a quantidade de atendimentos odontológicos para gestantes e Pessoas com Deficiência bem diversificada.

Palavras-chaves: Atenção Básica à Saúde. Gestantes. Assistência odontológica, Acesso.

ABSTRACT

Magalhães, Ataydes Dias. **Characteristics associated with access to public dental services by the population of people with disabilities and pregnant women in the Federal District.** 2020. 71f. Dissertation (Master in Dentistry) - Faculty of Health Sciences, Federal University of Brasília, Brasília.

This study analyzed the access of people with disabilities and pregnant women to dental care in oral health teams in the Federal District through the analysis of dental consultation indicators. The study was carried out based on the extraction of secondary data from national health information systems. Based on the e-SUS reports, from the Health Department of the Federal District for the year 2019, all seven regions of the Federal District were adopted as units of analysis, namely, Central, Center-South, East, North, West, Southwest and South. Data collection was carried out from March to July 2020. The data were exported to the Excel program, version 2007 (Microsoft Corp., United States of America), grouped according to the subgroups of dental care and presented in absolute and relative frequencies. For the analysis of the indicators, ANOVA and Tuckey test were performed with a significance level of 5%, using the Statistica 2010 program. Regarding the analytical data, there was a statistical difference in all regions of the Federal District. The Southwest region presented the highest number of visits to pregnant women, followed by the West region, with the central region having the lowest values. The service to PwD was also superior in the Southwest region, followed by the North region, and the Center-South region had the lowest values. Through the results it is possible to conclude that the access to dental care is not done on an equal basis, there are differences between the regions of the Federal District, with regard to the amount of dental care for pregnant women and People with Disabilities well diversified.

Keywords: Basic Health Care. Pregnant women. Dental assistance, Access.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL	13
2.1.1. Trajetória da política de saúde bucal	13
2.1.2. Trajetória anterior ao SUS	13
2.1.3 Os anos 1990: a saúde bucal em “banho-maria”	16
2.1.4. O período de 2000 a 2003: a saúde bucal atrelada à saúde da família.	18
2.1.5. O período pós 2004: o Brasil Sorridente.	18
2.2 ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	20
2.3 DESIGUALDADE SOCIAL	22
2.4 PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD)	22
2.4.1. ATENÇÃO ODONTOLÓGICA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)	23
2.5. ATENÇÃO ODONTOLÓGICA A GESTANTES	25
2.4.1 Políticas de saúde voltadas para a gestante	27
3. OBJETIVOS	29
3.1 OBJETIVO GERAL	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4. MÉTODOS	30
4.1 DESENHO DO ESTUDO	30
4.2 LOCAL DO ESTUDO	30
4.3 INSTRUMENTO DE PESQUISA	30
4.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA	32
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	32
5. RESULTADOS	33
6. DISCUSSÃO	42
7. CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

1. INTRODUÇÃO

Entende-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o intuito de fornecer acesso à saúde de qualidade, a toda população não se restringindo apenas ao modelo privativo ou complementar (planos de saúde). Antes da CF-88, o sistema público de saúde ofertava serviços para aproximadamente 30 milhões de brasileiros que prestasse serviços à Previdência Social, estes poderiam ter acesso aos atendimentos hospitalares, deixando o restante da população à mercê das entidades filantrópicas. Com a criação do SUS esse contexto passa por um processo de mudança, e desde então vem sofrendo alterações e cada vez mais se fortalecendo (PAIM *et al.*, 2011).

Desde então, toda população brasileira passa a ter acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde. Este sistema por sua vez, é o maior sistema de saúde de rede pública do mundo, atendendo 100% dos cidadãos brasileiros, destes 80% são dependentes exclusivos de todo e quaisquer serviços ofertados pelo sistema (NUNES, 2000).

A principal porta de entrada do sistema é a Atenção Primária em Saúde (APS), a qual promove ações de saúde de cunho individual e coletivo, atuando na organização das equipes multiprofissionais no âmbito integral do processo saúde doença, além de garantir acesso a todos os níveis de assistência, sempre avaliando e respeitando as necessidades individuais dos usuários, gerenciando desta maneira, a gestão da rede (LAVRAS, 2011).

Dentro do cenário de cuidado integral do SUS, a saúde bucal ganha espaço em 2004, quando o Ministério da Saúde divulga as DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, a veiculação publicitária dessa política foi denominada “Brasil Sorridente”. Essa política propõe uma reorientação do modelo de saúde bucal no país para aumentar a oferta de serviços odontológicos para todas as idades, ampliar e qualificar a Atenção Primária (AP) e prestar assistência em todos os níveis de complexidade para alcançar a integridade da saúde (BRASIL, 2012).

De acordo com o ex coordenador nacional de políticas, PUCCA JÚNIOR (2015): " Pela primeira vez, na história das políticas públicas de saúde no Brasil, o governo Federal desenvolveu uma Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que

fosse maior do que apenas os incentivos isolados a saúde bucal concedidos até o ano 2002."

O desenho da nova política mostrou progresso significativo na conquista do direito à saúde bucal, com base na lógica da proteção social abrangente. No caso da Política Nacional de Saúde Bucal, defende-se o acesso universal para todas as idades, juntamente com a organização dos serviços, sempre que possível, de acordo com as linhas de atendimento e os ciclos de vida; propõe-se reconfigurar o modelo de atendimento e oferecer serviços abrangentes de saúde bucal, desde atividades preventivas e promocionais até atividades de reparação e reabilitação em todos os níveis de complexidade (CARRER, 2019).

O número de equipes de saúde bucal (dentista, técnico em saúde bucal e / ou auxiliar em saúde bucal) trabalhando na atenção primária à saúde aumentou em 445% em um período de 10 anos. Essas equipes de saúde bucal atuam em conjunto com as equipes de saúde da família (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) e estão distribuídas em todo o território nacional. Em 2003, existiam 4.261 equipes de saúde bucal em 3.184 municípios. Hoje, existem 23.940 dessas equipes em 4.978 cidades. Como resultado, há pelo menos 1 equipe de saúde bucal em 89,5% das cidades brasileiras hoje. As equipes de saúde bucal são organizadas para manter o equilíbrio entre os atendimentos clínicos individuais e as ações comunitárias, como educação em saúde, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e tratamento restaurador atraumático (BRASIL 2006).

Baseado nisso, dois grupos populacionais gera uma certa preocupação no que se refere ao acesso aos serviços odontológicos públicos: os Pacientes com Necessidades Especiais e as Gestantes. Em média um bilhão de pessoas em todo o mundo têm alguma forma de deficiência e 200 milhões de pessoas recebem de disfunções consideráveis (OMS, 2012). Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, no Brasil, 6,9% da população relativa a algum tipo de deficiência, cerca de 13 milhões de pessoas (IBGE, 2015b). Envelhecimento ao envelhecimento da população e ao aumento das doenças crônicas em todo o mundo, o aumento da incidência de pessoas com deficiência também é preocupante (OMS, 2012).

Além desse grupo, é dever do Estado e é direito da gestante receber atenção odontológica durante a gravidez, e dentro da ampliação do acesso aos serviços, as gestantes são inseridas nos diferentes programas integrais de saúde pela forma de inserção por condição de vida, que compreende a saúde da mulher, portadores de

necessidades especiais, entre outros. Desta maneira, estão inseridas nos documentos específicos as ações de saúde bucal que definem as políticas para a intervenção governamental segundo as linhas de cuidado ou condição de vida. (Ministério da Saúde, 2004).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

2.1.1. Trajetória da política de saúde bucal

A trajetória da política de saúde bucal no Brasil abrangeu alguns momentos com diferentes implicações para o direito à saúde. Para a realização deste capítulo são considerados quatro momentos: (a) Trajetória anterior ao SUS; (b) Os anos 1990: a saúde bucal em “banho-maria”; c) O período de 2000 a 2003: a saúde bucal atrelada à saúde da família; (d) O período pós 2004: o Brasil sorridente.

2.1.2. Trajetória anterior ao SUS

No período anterior ao SUS, de 1930 a 1980, os Serviços de Saúde Bucal no Brasil foram organizados de maneira dicotômica, de acordo com a lógica mais geral da política de saúde naquele país (PAIM, 2003).

Por um lado, os serviços de assistência social vinculados a seguridade social eram direcionados a grupos específicos que estavam inseridos no mercado de trabalho. O modelo de assistência médica e odontológica era a seguridade social por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). A previdência social no campo da assistência à saúde era dirigida apenas aos funcionários municipais segurados e apresentava diferentes faixas de benefícios, dependendo da categoria profissional. Os IAPs apresentavam diferenças dependendo dos serviços de suporte oferecidos; categorias geralmente mais fortes, política e economicamente, desfrutavam de maiores benefícios, o que também era expresso nos serviços odontológicos. A oferta de assistência odontológica, além de limitada e variável, entre instituições, geralmente usava da contratação de serviços profissionais privados (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Em 1967, os IAP entraram em processo de fusão com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, nos anos seguintes, houve um desenvolvimento da assistência médica e odontológica financiada pelo Estado. O aumento da complexidade administrativa e financeira dos cuidados de saúde levou à criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978. O modelo de prestação de serviços odontológicos "inampiano" se baseava em satisfazer

a demanda espontânea e a vantagem dos procedimentos cirúrgicos e de reparo (NARVAI; FRAZÃO, 2008a)

Por outro lado, no campo da saúde pública, principalmente desde 1950, começaram as atividades estaduais no campo da odontologia, através de um sistema incremental direcionado principalmente à população em idade escolar, de 6 a 14 anos, considerada, epidemiologicamente, mais vulnerável (NARVAI, 1994; NARVAI; FRAZÃO, 2008b; ELY; CARVALHO; SANTOS, 2009).

Segundo Narvai (1994): " O sistema incremental praticamente se tornou sinônimo de Odontologia Escolar e de 'modelo de saúde bucal' no setor público, influenciando decisivamente, por quase meio século, as ações do setor em todo o país". No entanto, o autor afirma que as atividades consideradas neste modelo provaram ser rudimentares (baixa cobertura e efetividade epidemiológica), conformistas (uma alternativa aos auxílios estatais aos pobres e necessitados de grupos prioritários) e complementares à odontologia de mercado.

Fortalecendo essas ideias, Cerveira (2003) afirma que, na primeira metade do século XX, poucos registros sobre política de saúde bucal mostraram que ela estava associada a atividades terapêuticas, destacando principalmente certos grupos, como gestantes, pré-escolares e crianças em idade escolar.

Além disso, experimentos pioneiros em medidas preventivas coletivas, como a fluoretação do abastecimento público de água, tornaram-se obrigatórios posteriormente nesse período (NARVAI, 1994; NARVAI; FRAZÃO, 2008b; ELY; CARVALHO; SANTOS, 2009).

Paralelamente a esses eventos, a odontologia pública se desenvolveu no âmbito das políticas públicas, ou seja, assistência odontológica privada direcionada a certos grupos da população que poderiam pagar de forma direta pelo acesso a serviços privados.

As décadas de 1970 e 1980 foram caracterizadas por críticas profundas a esse modelo de atendimento odontológico e por propostas de reforma no setor de saúde. No contexto da redemocratização da sociedade e da articulação do movimento brasileiro de saúde, a área odontológica também foi mobilizada por meio do Movimento de União dos Estudantes de Odontologia (UNEO) e do Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO). Tais movimentos exigiram uma mudança no paradigma atual de saúde bucal, bem como o desenvolvimento de uma

política nacional de saúde bucal, envolvendo várias entidades nessa estrutura (GARCIA, 2006).

Na área de serviços em 1976, foi criado, na região Nordeste do país, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que além da assistência médica incluía a prestação de atividades de saúde ambulatorial. Esse programa favoreceu a extensão da cobertura e incluiu atendimento a adultos, mas as ações continuaram focadas em casos urgentes e procedimentos de mutilação (ELY; CARVALHO; SANTOS, 2009).

Diante da crise da saúde em meados da década de 1980, o governo decidiu lançar programas de reorientação setorial, como as Ações Integradas de Saúde (AIS), que aumentavam o acesso à seguridade social e aos serviços públicos de saúde da população não segurada (PAIM, 2003). Essa expansão, no entanto, não a desfavorável situação da saúde bucal da população devido ao modelo de reprodução assistencial (NARVAI, 1994). Segundo Ely, Carvalho e Santos (2009), o AIS não avançou muito no projeto de saúde bucal, pois fortaleceu a estratégia de manter um sistema incremental para escolares e a inclusão de recursos para a compra de equipamentos odontológicos nessas escolas.

No contexto do movimento de reforma sanitária em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde. Ao mesmo tempo, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, que confirmou o compromisso do Estado em garantir a saúde da população, incluindo a saúde bucal como um direito básico de cidadania, a necessidade de um diagnóstico das condições de saúde bucal e a urgente necessidade de uma política nacional de saúde bucal (BRASIL, 1986). Em 1988, proclamou-se uma nova Constituição Federal, que garantiu a saúde como uma lei social para todos os brasileiros e foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas normas de saúde de 1990, norteado pelos princípios e diretrizes da universalidade e integridade do cuidado, descentralização da administração política e controle social (BRASIL, 1988).

Juntamente com a instituição do SUS, foi necessário criar diretrizes para a saúde bucal no país. Até então, a prática de atendimento odontológico no país era definida como baixa cobertura e capacidade de resolução de problemas, ineficiente e pouco difundida, social e geograficamente. A crítica também recebeu como prioridade a assistência odontológica nas escolas e, bem como, a natureza restritiva do atendimento a outros cidadãos aos quais foram oferecidos apenas atendimento de

emergência. Outro aspecto questionado foi a natureza comercial dessa área, devido ao desenvolvimento de serviços privados (JUNQUEIRA; PANNUTI; RODE, 2008).

Apesar do progresso nas discussões, os programas nacionais de saúde bucal propostos no final dos anos 1980 e início dos anos 1990 foram centralizados e verticais. O INAMPS implementou o Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com a utilização de selantes e fluoretos em 1988, e o Ministério da Saúde em 1989 definiu a política nacional de saúde bucal representada pelo Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental. Esses programas foram posteriormente suprimidos (NARVAI; FRAZÃO, 2008a).

2.1.3 Os anos 1990: a saúde bucal em “banho-maria”

Nos anos 1990, após a implantação do SUS, os avanços na saúde bucal foram isolados e limitados.

Em 1990, os procedimentos de Saúde Bucal Coletiva foram incluídos nas tabelas salariais do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS). Deste modo, além da fluoretação da água e da assistência odontológica, foi introduzida a possibilidade de financiamento estatal para bochechos com flúor e escovação supervisionada com creme dental com fluoretado, o que fortaleceu as medidas preventivas nos serviços públicos de saúde (NARVAI; FRAZÃO, 2008b; ELY; CARVALHO; SANTOS, 2009).

Em 1993, ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, que aprovou diretrizes e políticas para a região, destacando a saúde bucal como um direito do cidadão assegurado por meio da garantia de um novo modelo de atendimento, discutiu desafios em relação aos recursos humanos, ao financiamento e ao controle social, e também, afirmou a inserção da saúde bucal no SUS, criticando os programas verticais e descontextualizados da realidade sanitária e epidemiológica do país (BRASIL, 1993).

Em 1994, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente designado como "estratégia" para mudar a orientação da organização e o modelo de atenção primária¹. A estratégia inclui a criação de equipes

¹ Esta estratégia se refere na criação de um modelo de atenção primária à saúde com ênfase na unidade familiar e na esfera comunitária, sendo executado através de ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos pelas equipes e Saúde da Família (ANDRADE; BARRETO; GOYA *et al.*, 2004).

de saúde da família, compostas pelo menos por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem (BRASIL, 1997), portanto, não é esperado nenhum dentista. Na segunda metade da década de 90, a estratégia de saúde da família continuou sendo uma prioridade da agenda federal de saúde, reconhecendo-se como estratégia para reorientar a organização do sistema e alcançar considerável cobertura e ação capilar no território nacional (MACHADO, 2007).

Outro fator importante na década de 1990 foi o avanço do processo de descentralização do SUS, que teve um impacto positivo no desenvolvimento de serviços e na organização da saúde bucal em alguns municípios do país. Cabe destacar também que, desde 1998, o Piso da Atenção Básica (PAB) contribuiu para o crescimento das opções de gestão local, transferindo recursos para os municípios de acordo com o número de habitantes (parte fixa) e uma quantidade variável, dependendo da implementação de programas ou atividades (NARVAI; FRAZÃO, 2009).

Desde a criação do PAB, os procedimentos de saúde bucal figuram na lista de atividades a serem financiadas como parte de transferências correspondentes a uma proporção fixa, calculada com base no valor por habitante e no número de habitantes do território. No entanto, a definição de um valor per capita relativamente baixo (inicialmente R\$ 10,00) para os custos dessas atividades e seu "congelamento" até o início dos anos 2000 significava que o desenvolvimento de serviços básicos dependia amplamente de outros incentivos financeiros, possibilitados pela variável PAB, que consistia em partes alocadas a programas específicos. Como os especialistas em saúde bucal não foram incluídos nas equipes de saúde da família e não havia incentivos federais específicos para a saúde bucal, pode-se dizer que as extensões das atividades de saúde bucal dependiam das opções políticas das autoridades municipais no contexto de recursos limitados, não existindo uma política nacional explícita para esta área (BRASIL, 1999).

De acordo com Narvai e Frazão (2008b), pode-se afirmar que a saúde bucal não ocupou um lugar significativo na agenda federal de saúde na década de noventa, com baixa prioridade para políticas nesse campo. No contexto dos avanços na implantação do SUS, mesmo diante de dificuldades estruturais e cíclicas, as mudanças relacionadas à saúde bucal foram tímidas e a área permaneceu em "banho-maria" por mais uma década. Não houve ruptura radical com os modelos de

atendimento tradicionais ou a formulação de uma política nacional abrangente de saúde bucal.

2.1.4. O período de 2000 a 2003: a saúde bucal atrelada à saúde da família.

Em conexão com a revisão dos limites das políticas de saúde bucal nos anos 1990, no início dos anos 2000, o debate se intensificou sobre a necessidade de desenvolver estratégias específicas para fortalecer essa área. Nesse contexto, propõe-se a criação de equipes de saúde bucal relacionadas à Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2000) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/SUS 2001 (BRASIL, 2001) que define saúde bucal como uma das áreas estratégicas da atenção básica à saúde.

Segundo Zanetti (2007), incluir a saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família somente após seis anos significaria atraso cronológico e conceitual por parte do Ministério da Saúde". Garcia (2006) também confirma a opinião anterior sobre essa inclusão tardia, não sendo uma "extensão natural" da estratégia de saúde da família.

Inicialmente, as equipes de saúde bucal implantadas foram responsáveis por prestar assistência à população para duas equipes de saúde bucal familiares, o que corresponderia à estimativa de uma equipe de saúde bucal para cada 6.900 habitantes. Somente a partir de 2003 esse parâmetro mudou e foi recomendado que cada equipe de saúde da família estivesse associada à equipe de saúde bucal (BRASIL, 2003).

Em resumo, o período entre 2000 e 2003 foi caracterizado por um aumento no reconhecimento da saúde bucal na política federal, mas ainda era tímido e vinculado à estratégia de saúde da família. Isso foi propício ao desenvolvimento de equipes e à oferta de atividades de saúde bucal na atenção básica, que é uma base importante para o desenvolvimento que se seguiria.

2.1.5. O período pós 2004: o Brasil Sorridente.

Depois de concluir o estudo epidemiológico da saúde bucal em 2003, e já sob a liderança de Luís Inácio Lula da Silva, a trajetória da saúde bucal no país começou a ganhar impulso e mudar de rumo. No contexto da mudança de governo, os profissionais de saúde bucal desenvolveram uma estratégia eficaz, vinculada ao movimento de saúde coletiva, para combinar saúde bucal com o programa de fome

zero e, em seguida, consideraram uma ótima nova estratégia de governo para a área social (GARCIA, 2006; BARTOLE, 2006). Para os autores, essa associação favoreceria o reconhecimento dessa área como uma prioridade do governo e o desenvolvimento de uma política abrangente para essa área.

Logo após a eleição de Lula, houve articulação entre a equipe odontológica, outros profissionais de saúde e professores acadêmicos para desenvolver políticas executivas de saúde bucal. Naquele momento, foi fornecido um diagnóstico de saúde bucal, ações imediatas a serem realizadas nos primeiros 100 dias de governo e um esboço das ações de saúde bucal (NARVAI; FRAZÃO, 2009; GARCIA, 2006).

Ainda em 2004, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Bucal, que expressou esforços para a construção de novas políticas, identificando os principais problemas nessa área no país e buscando formas, recursos e estratégias para superá-las (BRASIL, 2004b).

Entre as estratégias dessa política estão: o desenvolvimento de medidas de promoção e proteção, como a implementação da fluoretação do abastecimento público de água nos municípios com sistemas de tratamento e distribuição de água; fornecimento para a população de escovas de dentes fluoradas e conjuntos de pastas de dentes; incentivar atividades no campo da educação em saúde, higiene oral supervisionada e aplicação tópica de flúor; desenvolvimento de ações corretivas em todos os níveis de complexidade, através do diagnóstico e tratamento precoces de doenças; e atividades de reabilitação (BRASIL, 2004a).

Desde 2000, a direção da saúde bucal no país começou a mudar. Em geral, os regulamentos introduziram padrões relacionados aos dispositivos introduzidos por esta política, como equipes de saúde bucal, diretores-gerais, laboratórios regionais de próteses dentárias e o elemento móvel dos cuidados de saúde bucal. Os padrões para equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família evoluíram consideravelmente durante esse período, à medida que o número de equipes correspondendo à mesma proporção de equipes de saúde da família aumentou, a inclusão de equipes de saúde bucal nas equipes de agentes comunitários de saúde, incentivo financeiro crescente para os modos de equipe I e II e para a compra de equipamentos odontológicos (BRASIL 2006).

Os padrões para CEOs também aumentaram quando eles introduziram os princípios de implantação e qualificação dessas instalações, o aumento crescente de incentivos financeiros, avaliação e monitoramento da produção mensal mínima,

inclusão na rede de atendimento a pessoas com deficiência e permissão para credenciar quantas instalações forem necessárias proporcionou um maior atendimento à demanda da população, porém limitando a disponibilidade financeira do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Em relação aos laboratórios regionais de próteses dentárias, as portarias estabeleceram os princípios e critérios de implantação e habilitação, incluindo procedimentos realizados por essas instalações na Autorização de Procedimento Ambulatorial/Sistema de informações Ambulatoriais (APAC/SIA) com financiamento do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC, estabeleceu produção mensal e autorizou gerentes a implementar as instalações necessárias para atender à demanda da população por esses procedimentos, como forma de aumentar a produção mensal de próteses dentárias no país (BRASIL, 2006^a).

Portanto, essas portarias federais são instrumentos potenciais para fortalecer a política nacional de saúde bucal, porque criam normas e regras que governam a organização e operação dessa política em nível local. Outro aspecto a ser lembrado é que esses princípios e normas podem promover a institucionalidade das políticas, pois proporcionam maior estabilidade e continuidade às atividades planejadas, fornecendo critérios e recursos para sua implementação e financiamento.

2.2 ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Definir acesso a serviços de saúde, vem sendo um crescente ainda maior, pois cada vez mais, vem se debatendo sobre esse tema nos diversos congressos e encontros de saúde. A compreensão de que o usuário e o sistema devem se adequar afim de garantir acesso por meio do acolhimento ao sistema de saúde é discutida, uma vez que barreiras físicas, socioeconômicas, entre outras, não podem ser impeditivos para o paciente ter esse acesso garantido (PENCHANSKY; THOMAS, 1981). A palavra acesso, apresenta uma definição complexa e por diversas vezes imprecisa e pouco clara na utilização dos serviços de saúde. Tal definição varia entre os autores e varia com o tempo e contexto de uso (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

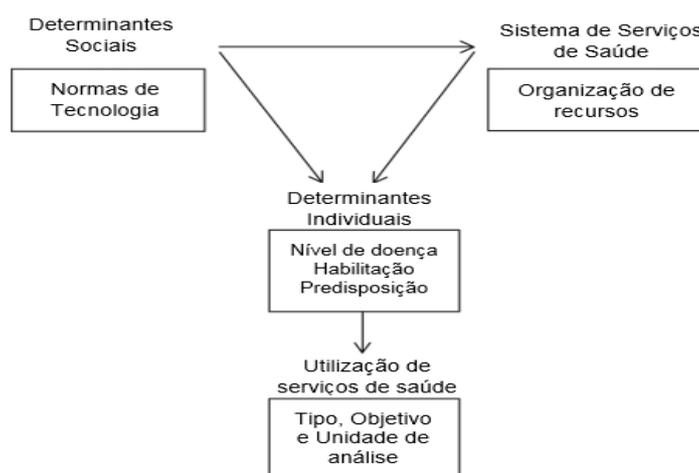
Os autores divergem em termos de enfoque conceitual: alguns apontam características pessoais. Outros enfocam as características da oferta, alguns a relação entre o indivíduo e o serviço (oferta). Também há discordância sobre se a

avaliação do acesso deve focar no resultado final ou meta (objetivos) do sistema de saúde ou na relação entre os vários elementos que compõem o sistema para atingir essas metas (HONKALA *et al.*, 1997; BROWN; LAZAR, 1999).

Existem três pilares que norteiam o acesso a serviços públicos de saúde, a necessidade de saúde, demanda e utilização. Isso indica que as necessidades de saúde de cada indivíduo, se transformam em demanda que mais tarde gera utilização de tais serviços, desde que esse acesso seja garantido a eles. Um modelo estabelecido em 1973 por Andersen & Newman (ANDERSEN; NEWMAN, 2005), foi utilizado em vários estudos de diversos países, para apontar os determinantes do uso de serviços de saúde como medida de acesso, utilizado não só na avaliação de serviços médicos como também odontológicos (GILBERT *et al.*, 1997, LOCKER; CLARKE, 1998). Eles afirmam que a predisposição, a facilitação e a necessidade são fatores que justificam as diferenças na utilização dos serviços de saúde (RYAN *et al.*, 1996).

Corroborando com os autores, a figura 1 mostra os relacionamentos dos principais componentes da estrutura. Nela encontra-se os determinantes sociais da utilização, os quais afetam os determinantes individuais tanto diretamente quanto por meio do sistema de serviços de saúde. Vários tipos de determinantes individuais influenciam os serviços de saúde usados pelo indivíduo.

Figura 1 – Acesso e Utilização dos serviços de Saúde



Fonte: Andersen; Newman, 2005 Adaptado pelos autores.

2.3 DESIGUALDADE SOCIAL

Especificamente no Brasil, o acesso muitas vezes é baseado na necessidade de assistência à saúde convertida em ação de busca pelo próprio acesso, e como já apontado anteriormente, existe a soma da oferta e serviços disponíveis com o uso destes (THIEDE; MCINTYRE, 2008). O acesso aos serviços odontológicos públicos aumentou gradativamente no país, entretanto os estudos mostram que as desigualdades sociais e regionais dos usuários vêm sendo cada vez mais evidentes, não só no acesso, como também pelo uso dos serviços ofertados, com aqueles que nunca tiveram acesso (SOARES; FREIRE; REIS, 2017).

Existem graves desigualdades no acesso aos serviços, o que resulta em interrogações sobre a possibilidade de implantação de um sistema pautado nos princípios da universalidade, integridade e equidade. Relacionado a Odontologia, além do envolvimento político e dos repasses financeiros voltados para os suprimentos das necessidades de saúde, a saúde bucal só foi então alocada na agenda pública após conflitos governamentais geridos nas diversas esferas de governo (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009).

O fator socioeconômico é decisivo não só pelo acesso aos produtos de higiene bucal, como também apresenta relação direta com os hábitos corretos de higiene bucal, levando a uma maior prevalência e gravidade da doença cárie (CASCAES *et al.*, 2017). Não existem muitos trabalhos avaliando as desigualdades em saúde bucal e o acesso aos serviços odontológicos públicos no Brasil, em seus diferentes níveis de renda. Porém, dois estudos avaliaram a variável renda para avaliar as desigualdades sociais no acesso e uso dos serviços odontológicos (PERES *et al.*, 2012; BARROS; BERTOLDI, 2002). Os outros trabalhos, apontaram a renda como fator de associação entre as condições de saúde bucal e utilização dos serviços odontológicos.

2.4 PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD)

O termo “inclusão” é definido com base nas diferenças nas pessoas que aumentam e se transformam. Não existe qualquer distinção entre os tipos de diferenças (sejam elas, melhores ou piores). O que se tem é a heterogeneidade dos

seres humanos. Utilizar termos corretos, quando se referir a uma pessoa com deficiência é a ponta pé inicial, para erradicar termos equivocados ou obsoletos (MANUAL DE REDAÇÃO, 2011).

A Lei Brasileira n.º 13146 de 6 de julho de 2015 estabelece o seguinte conceito de pessoa com deficiência:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

A Organização Mundial de Saúde, na tentativa de padronizar uma nomenclatura usada em todos os países, não considera mais adequado os termos portador de deficiência, deficiente, portador de necessidades especiais (PNE) e pessoa portadora de deficiência (PPD). Recomenda-se então pessoa com deficiência ou PcD. Com isso, alguns debates e fóruns têm sido propostos para garantir a definição correta de PcD e seus termos relacionados (MANUAL DE REDAÇÃO, 2011).

2.4.1. ATENÇÃO ODONTOLÓGICA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)

Estima-se que cerca de 1 bilhão de pessoas no mundo todo (15% da população mundial), apresenta algum tipo de deficiência (OMS, 2012). No Brasil, segundo CENSO (2010), esse número corresponde a 23,9%, totalizando 45,6 milhões de pessoas. Os dados mostram um aumento na quantidade de pessoas comparada ao CENSO (2000) que apontava uma média de 14,5% de toda a população (IBGE, 2010).

Por sua vez, a população do Distrito Federal, apresenta números marcantes, revelando que 574.275 dos habitantes apresentam alguma deficiência, isso significa que 22,34% da população total é considerado uma pessoa com deficiência. Todavia, esses dados não englobam todo tipo de deficiência, deixando de fora os deficientes mentais, como os autistas, esquizofrênicos, entre outras neuroses (BRASIL, 2016).

Ao buscar os serviços de saúde bucal, a realidade indica que o acesso ao grupo de PCD é ainda menor. Esse é um problema que muitas vezes encontrado nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). O Ministério da Saúde preconizou em seu “Caderno de Atenção Básica” nº 17-Saúde Bucal que a equipe de saúde bucal (ESB) da ESF deve ser capacitada para prestar atendimento odontológico ao PcD, e que o encaminhamento para atenção especializada deve acontecer em casos que

ultrapassem esta capacidade (BRASIL, 2006). Porém a realidade ainda é outra, a luta pela equidade ainda se mostra necessária no quesito assistência destes pacientes (ARAGÃO *et al.*, 2011).

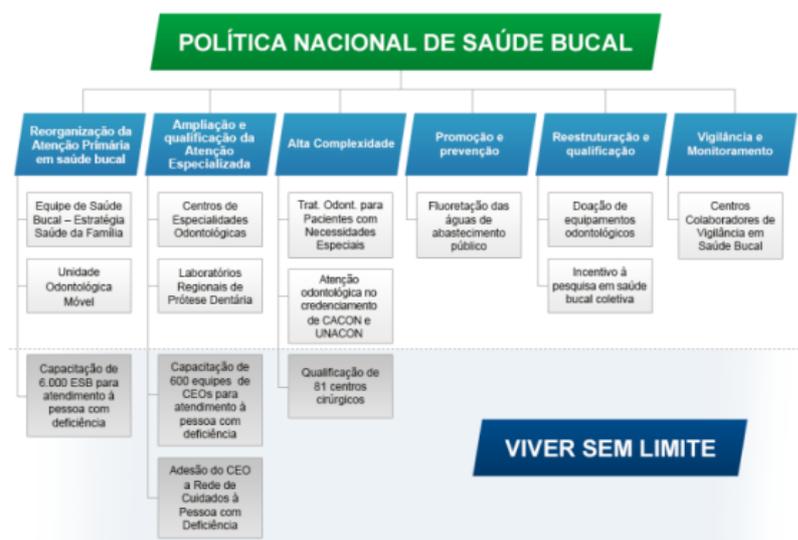
Em agosto de 2009, foi promulgada a “Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência”, por meio do decreto Nº 6.949, a qual promove mudanças no que tange o acesso aos serviços de saúde bucal de PcD, assegurando um efetivo e igualitário acesso aos usuários. Com intuito de afirmar o respeito pelos direitos e pela dignidade das pessoas com deficiência (Brasil, 2009).

A portaria nº 1.032, publicada no dia 5 de maio de 2010, do Ministério da Saúde, assegura a viabilização do acesso das PcDs por meio da integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, com base na política nacional de saúde. Ainda, essa portaria insere na tabela de procedimentos, fármacos, todo tipo de prótese e órteses no SUS, realização de atendimento hospitalar, utilizando sedação e anestesia geral, nas pessoas que apresentarem qualquer tipo de limitação (seja ela permanente ou não), que de alguma maneira possa impedir o usuário de receber o atendimento odontológico convencional (BRASIL, 2016).

Dois anos mais tarde, o Ministério da Saúde lança a Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, que estabelece a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD), que em 2017 ela é novamente publicada no Anexo VI da Portaria de Consolidação nº 3, com o intuito de garantir acessibilidade aos serviços de saúde integralmente, às PcDs (BRASIL, 2017a).

O foco dessa política foi incluir a totalidade dos deficientes nos serviços prestados pelo SUS. Para tanto, além de fornecer tecnologia assistiva, deve ser elaborado um plano de ação para torná-la assertiva de acordo com os níveis de complexidade, garantindo assim, o acesso a todos aos procedimentos essenciais. De tal maneira, a implementação da PNSPD ganha por meio da constituição da RCPD, quando articulada com a organização do cuidado em uma rede de serviços reabilitadores. E por meio desse fortalecimento, as Equipes de Saúde Bucal (ESBs) desempenham papel fundamental na implicação de ações resolutivas (Figura 2), que abrange uma interface entre todos os níveis de atenção e como políticas de saúde, tendo como objetivo garantir a integralidade do cuidado e aumentar a autonomia do usuário (BRASIL, 2019).

Figura 2 – Política Nacional de Saúde Bucal – Plano Nacional para Pessoas com Deficiência



Fonte: BRASIL, 2019

2.5. ATENÇÃO ODONTOLÓGICA A GESTANTES

A gestação é definida como o período de maiores mudanças no estado biológico, mental e social da mulher. Tais mudanças, contribuem para uma exposição ao risco à saúde bucal. Partindo desse pressuposto, começa-se então as alterações dos hormônios, as quais levam ao surgimento de processos inflamatórios periodontais, o que pode gerar o aparecimento de patologias orais (BARAK et al., 2003). Tais alterações de comportamento estão interligadas com o maior número de refeições, realizadas em menor espaço de tempo, associada a falta de cuidados de higiene bucal, contribuindo para a maior formação de biofilme, resultando no declínio do quadro de saúde bucal das gestantes (REIS et al., 2010).

Desde a inclusão da saúde bucal nas eSF, ainda em 2004, algumas questões direcionadas à assistência de saúde bucal de mulheres durante o período gestacional, foram pensadas, aperfeiçoadas e executadas. E conforme as políticas públicas de saúde, é dever do Estado e um direito da gestante, receber cuidados de saúde bucal como sendo parte da saúde integral da mulher (BRASIL, 2004).

Baseado na PNSB, as gestantes devem receber cuidados odontológicos, os quais envolvem, avaliação clínica e radiográfica, levantamento das necessidades, planejamento do tratamento, instrução de higiene oral, recomendações quanto a dieta, pois tais cuidados, terá influência direta não só na saúde da mulher, como também na

do bebê. Entretanto, esse cuidado ofertado a esse grupo, não apresenta cunho obrigatório, pois os desejos das gestantes são colocados em primeiro lugar (BRASIL, 2005). Com isso a eSB, assume a responsabilidade de inserir novos hábitos no dia a dia da gestante, promovendo saúde e bem-estar a essas futuras mães e seus bebês, prevenindo doenças e reduzindo os agravos, dando a elas a oportunidade de entender que seus filhos fazer parte desse processo de educação, e os mesmos são beneficiados com esses cuidados (MIOTTO; BARCELLOS; VELTEN, 2012).

Em 2012, um estudo publicado por Neto et al., analisou a quantidade de gestantes que procuraram os serviços odontológicos públicos e destas quais receberam atendimento. Neste estudo eles ainda evidenciaram os tipos de consultas mais prevalentes nesse grupo, e conclui-se que um número estatisticamente menor de gestantes recebeu atendimento odontológico no período pré-natal, onde apenas 20% de todo estudo receberam qualquer tipo de atendimento, sejam eles preventivos ou curativos. Um dado importante revelado neste estudo, é que a maioria dessas mulheres, procuraram o atendimento quando apresentaram qualquer sintomatologia, ou seja, quadros de urgência, fato justificado pela ausência das consultas de manutenção.

Existem alguns fatores que justificam, essa barreira entre as gestantes e a consulta com o dentista. O primeiro deles a ser destacado, é a questão de crenças culturais e mitos estabelecidos pela sociedade, pois acreditam que de alguma forma, as consultas podem prejudicar a saúde do bebê, além de que a dor, o trauma e até mesmo a fobia, são definitivos para o adiamento das consultas do pré-natal odontológico (MOIMAZ, 2007; NETO et al., 2012). A insegurança dos profissionais para realizar o atendimento odontológico é o segundo fator mais relevante segundo o estudo de Nascimento et al (2012), os autores afirmam que os cirurgiões dentistas, de forma errônea, acaba postergando o atendimento odontológico desse grupo, por medo e falta de conhecimento, muitas vezes deixando para atender essas gestantes, somente após o nascimento do bebê.

Por outro lado, outros estudos mostraram, que é possível realizar o atendimento de gestantes, de forma segura e eficaz, desde que tenha conhecimento necessário, quanto a ergonomia das pacientes, escolha dos anestésicos, quando tirar ou solicitar radiografias e atenção aos cuidados com prescrições medicamentosas, dessa forma quando analisados os riscos e benefícios do tratamento, fica evidente a

necessidade de solucionar os problemas bucais (MOIMAZ, 2007; CORRÊA; ANDRADE, 2003; NOGUEIRA et al., 2012).

2.4.1 Políticas de saúde voltadas para a gestante

O Ministério da Saúde, com intuito de aperfeiçoar a assistência e a qualidade dos serviços de saúde bucal, tem criado nos últimos anos, estratégias e políticas, direcionadas à saúde da mulher. Um dos primeiros programas instituídos, foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que em 1984, marcou uma mudança de conceitos e princípios da política de saúde das mulheres, garantindo acesso integral a todos os serviços de saúde da mulher, não só no período gestacional, como em todos os estágios da vida (BRASIL, 1984).

Mais tarde, no ano de 2000, o Ministério de Saúde através da portaria Nº 569, instituiu o Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento (PHPN), que tem como objetivo, reduzir a alta morbidade e mortalidade de mulheres grávidas e o período perinatal para garantir o acesso e melhorar a cobertura e a qualidade dos cuidados pré-natais, parto, pós-parto e recém-nascidos. Ainda, o intuito do programa é fortalecer as ações que o Ministério da Saúde vem realizando nesta área, investindo na assistência de cuidado de gestantes, além de preparar e capacitar profissionais das diversas áreas da saúde (BRASIL, 2000). Entretanto, o PHPN, não envolve os cuidados de saúde bucal de gestantes em suas ações obrigatórias (BRASIL, 2000a). Daí a necessidade do Manual Técnico da Assistência Pré-natal (Brasil, 2000b) que menciona a assistência odontológica como uma importante ação para a saúde geral da gestante.

Embora as políticas de saúde tenham avançado muito, parece que ainda não existe um pré-natal odontológico integral preconizado pela promoção da saúde, o que indica a necessidade de implementação de ações de educação em saúde bucal no pré-natal. Desenvolvido sob a orientação de Cirurgião-Dentista para fazer com que as gestantes percebam a importância de seu papel na obtenção e mudança de hábitos de saúde bucal no ambiente domiciliar, e atuar como agente sinérgico de informação preventiva e promoção da saúde (REIS *et. al.*, 2010). Nos serviços de saúde, a odontologia é pouco considerada nos programas de atendimento a gestantes. Isso se deve à falta de prioridades de saúde bucal, falta de integração multiprofissional e dificuldade de acesso aos serviços odontológicos (LEAL, 2006).

No entanto, algumas políticas de saúde têm apontado a importância do

atendimento odontológico à gestante. Na “Agenda compromissos da Saúde Integral da Criança”, cuidar da saúde bucal da gestante é considerado o primeiro passo para a saúde bucal infantil. E no plano Brasil Sorridente, a política de acesso ampliado passou a contemplar como gestantes. Portanto, percebe-se que a saúde bucal da gestante passou a fazer parte da política de saúde, embora ainda seja específica inserida no cotidiano da prática de saúde da atenção básica (LEAL, 2006).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o acesso das pessoas com deficiência e gestantes ao atendimento odontológico nas equipes de saúde bucal no Distrito Federal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar os tipos de consultas realizadas em Gestantes e Pessoas com Deficiência
- Identificar a existência de possíveis desigualdades no acesso aos serviços odontológicos, segundo a região geográfica e região administrativa.
- Descrever os aspectos fundamentais do atendimento odontológico à pessoa com deficiência e as gestantes;

4. MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal, exploratório-descritivo e analítico.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Estudo realizado no Distrito Federal, localizado na região Centro-oeste do Brasil. População estimada em 2020, de 3.050.000 habitantes (IBGE, 2020), sendo seu território dividido em sete regiões sendo elas, Central, Centro-sul, Leste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul.

As regiões administrativas correspondem aos distritos sanitários que promovem a organização da atenção à saúde no município. No Distrito Federal havia 170 UBS em funcionamento, apresentando 100% de cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica, enquanto 119 UBS com saúde bucal.

4.3 INSTRUMENTO DE PESQUISA

O estudo foi realizado a partir da extração de dados secundários, provenientes dos sistemas de informações em saúde de base nacional (SISAB). A partir dos relatórios e-SUS, oriundos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal para o ano de 2019, foram adotadas como unidades de análise todas as sete regiões do Distrito Federal sendo elas, Central, Centro-sul, Leste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul. A coleta dos dados foi realizada no período de março a Julho de 2020.

Na primeira etapa do estudo, foram identificadas as características de oferta de serviços de Atenção Básica, no ano de 2019. Para tanto, foram identificados os seguintes indicadores, obtidos a partir do e-SUS:

- Número total de atendimento odontológico a gestantes; a pacientes com deficiência (PcD); por gênero (masculino e feminino); por tipo de consultas:

consultas agendadas, escuta inicial/orientação, consulta no dia, e atendimento de urgência;

- Razão entre o número de primeira consulta odontológica por gênero masculino e gênero feminino
- Razão entre o número de consulta odontológica de retorno por gênero masculino e gênero feminino
- Razão entre o número de consulta odontológica de manutenção por gênero masculino e gênero feminino
- Número de primeira consulta odontológica, consulta odontológica de retorno e consulta odontológica de manutenção de gestantes
- Número de primeira consulta odontológica, consulta odontológica de retorno e consulta odontológica de manutenção de PcD

Foi então elaborada uma série de produção ambulatorial em saúde Bucal das sete regiões do Distrito Federal, mediante a elaboração de uma planilha de dados sobre o período compreendido entre janeiro e dezembro de 2019 para os indicadores de atenção Básica.

Foram definidos:

- (i) como critério de inclusão todas as unidades básicas de saúde que enviaram produção no mínimo uma competência no ano de 2019, e
- (ii) como critério de exclusão, as unidades básicas de saúde sem atendimento odontológico.

O referencial teórico para elaboração e fundamentação da pesquisa apoiou-se na literatura científica relacionada a saúde bucal de PcDs e Gestantes e nos documentos oficiais referentes às políticas públicas.

4.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados então foram coletados e exportados para o programa Excel, versão 2007 (Microsoft Corp., Estados Unidos da América), agrupados de acordo com os subgrupos atendimentos odontológicos a serem analisados e apresentados em frequências absolutas e relativas.

Foi realizado ANOVA e teste de Tuckey com nível de significância de 5%, utilizando o programa Statistica 2010. As letras maiúsculas diferente na coluna indicam que houve diferença a nível de 5% entre as regiões. E as letras minúsculas diferente na linha indicam que houve diferença a nível de 5% entre os atendimentos.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Como o estudo utilizou base de dados secundárias e de domínio público, foi dispensado de apreciação por comitê de ética em pesquisa.

5. RESULTADOS

A análise descritiva dos dados no período compreendido entre janeiro e dezembro de 2019 no Distrito Federal (DF), permitiu identificar que 11.672 gestantes receberam atendimento odontológico, e 1.508 Pessoas com Deficiência foram atendidas neste mesmo período. No período de estudo foi observado total dos dados para as variáveis gestantes, PcD e sexo, nessa população (DF, Brasil) (Tabela 1).

Em relação aos dados analíticos, houve diferença estatística em todas as regiões do Distrito Federal, conforme tabela 1. A região Sudoeste apresentou o maior número de atendimentos a gestantes, seguida pela região Oeste, sendo a região central a que apresentou os menores valores. O atendimento a PcD foi superior também na região Sudoeste, seguido pela região Norte, e a região Centro-Sul apresentou os menores valores. Todas as amostras diferiram entre si a nível de significância de 5%.

Tabela 1- Atendimento odontológico para gestantes e pessoas com deficiência, por região de saúde, em 2019.

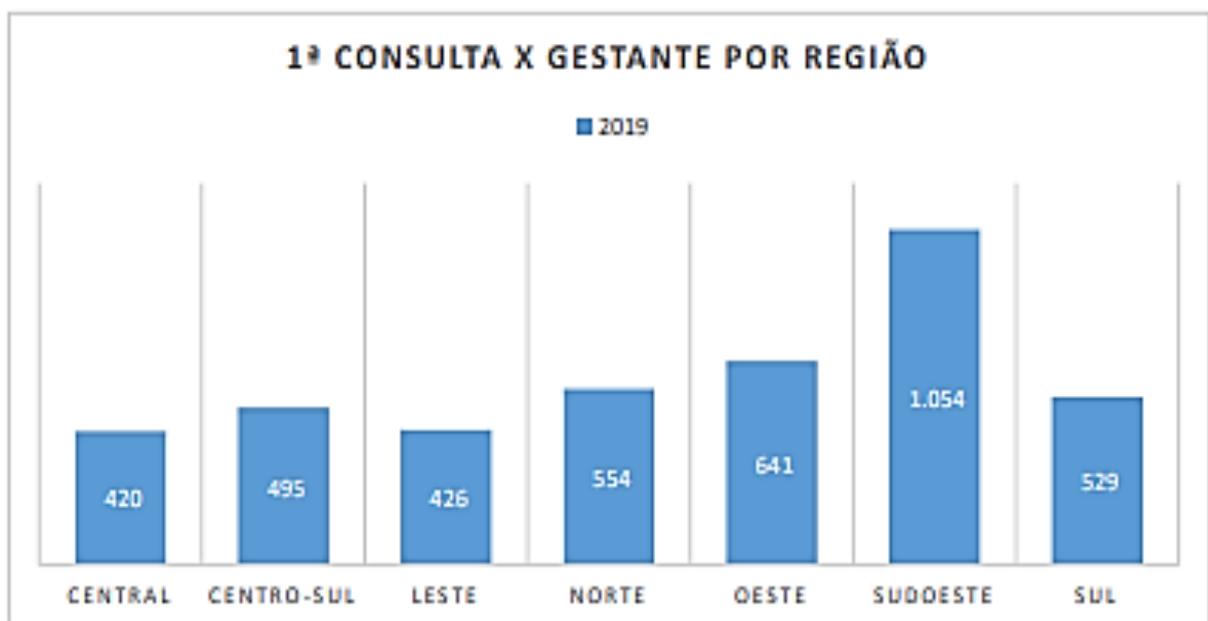
ATENDIMENTO ODONTOLOGICO					
REGIÕES-DF	GESTANTES	PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	TOTAL	GESTANTES	PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
CENTRAL	952	65	21659	4,4%	0,3%
CENTRO-SUL	1342	38	30.882	4,3%	0,1%
LESTE	1309	60	33.529	3,9%	0,2%
NORTE	1785	419	62.860	2,8%	0,7%
OESTE	2242	173	52.735	4,3%	0,3%
SUDOESTE	2680	425	77.886	3,4%	0,5%
SUL	1362	328	45.774	3,0%	0,7%
TOTAL	11.672	1.508	325.325	3,6%	0,5%

Os atendimentos odontológicos a gestantes foram classificados para análise em: primeira consulta, retorno e manutenção, de acordo com as regiões.

Entre os três tipos de atendimentos, a primeira consulta apresentou os maiores valores (4.119), seguido pelo retorno (3.463) e posteriormente manutenção (363) que apresentou valores significativamente bem inferiores.

A primeira consulta demonstrou valores superiores na região Sudoeste (1.054) e menores valores na região Central (420), todas as regiões apresentaram diferença estatística entre si (Gráficos 01 e 02, Tabela 2).

Gráfico 01 - Atendimento Odontológico gestante primeira consulta por região de saúde, em 2019.



Fonte: e-SUS. Dados extraídos em 24/04/2020

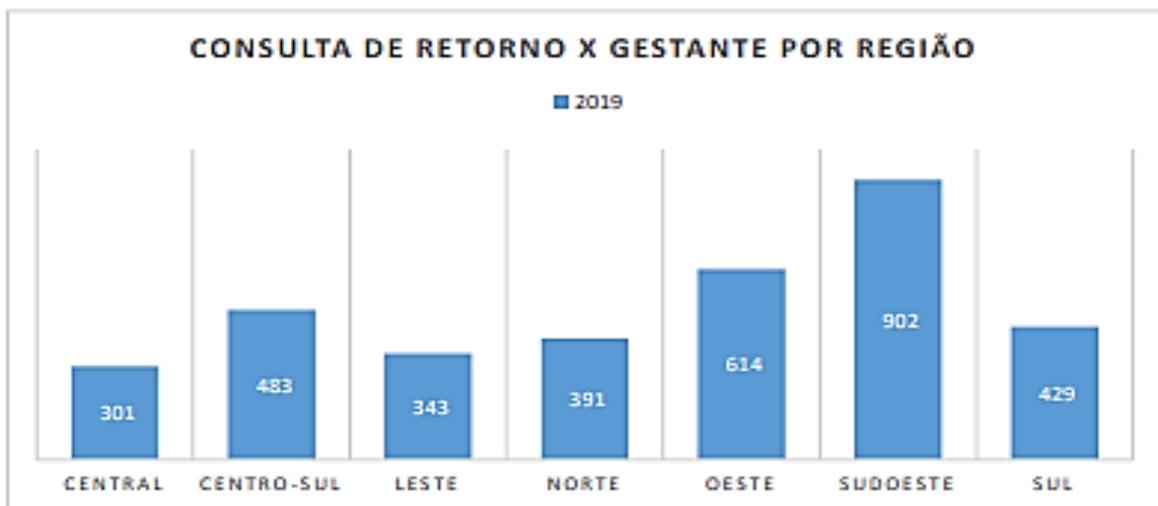
Gráfico 02 - Atendimento Odontológico gestante primeira consulta, por competência, em 2019.



Fonte: e-SUS. Dados extraídos em 24/04/2020

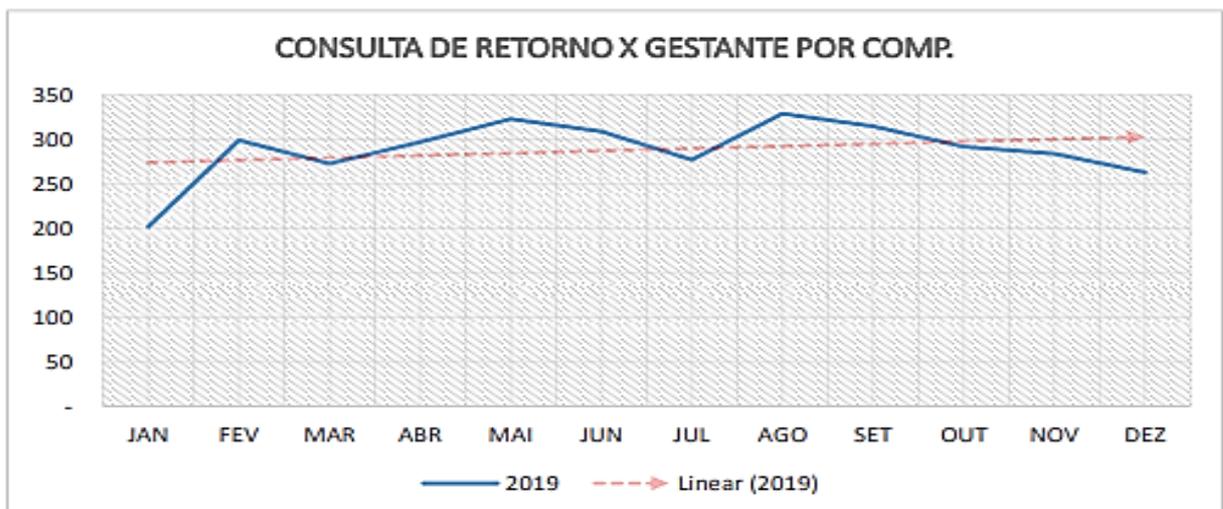
O atendimento odontológico de retorno da gestante demonstrou valores diferentes estatisticamente significantes entre todas as regiões analisadas. A região Sudoeste apresentou os maiores valores de atendimentos (902), seguido pela região Oeste (614), os menores valores foram observados na região central (Gráficos 03 e 04).

Gráfico 03 - Atendimento Odontológico de gestantes, consulta de retorno, por região de saúde, em 2019.



Fonte: e-SUS. Dados extraídos em 24/04/2020

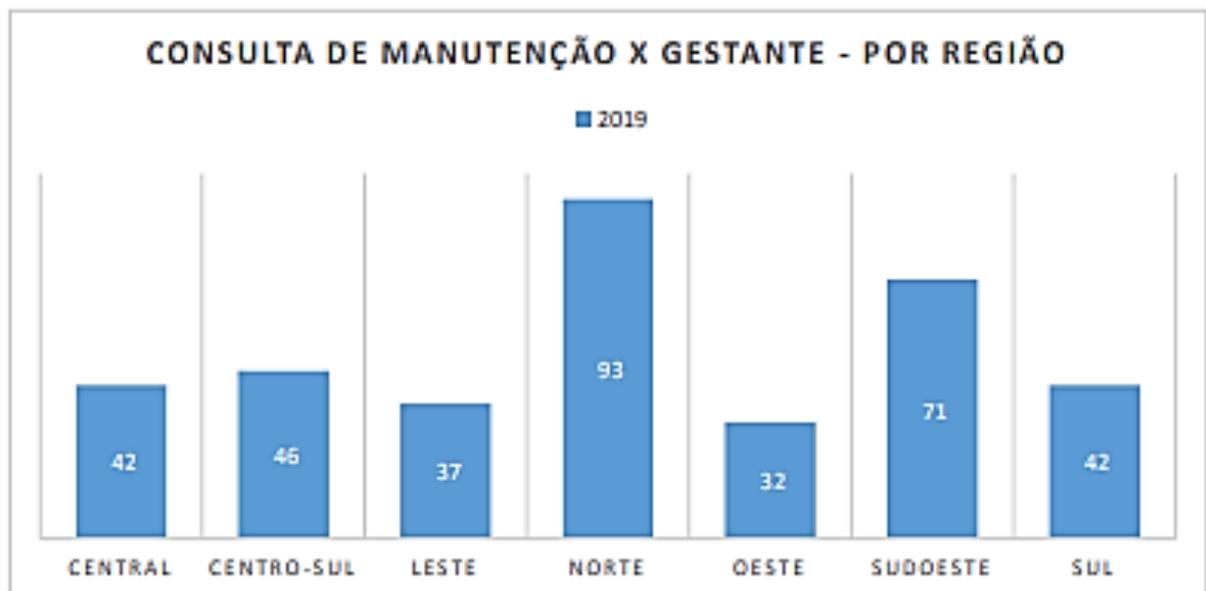
Gráfico 04 - Atendimento Odontológico de gestante, consulta de retorno por competência, em 2019.



Fonte: e-SUS. Dados extraídos em 24/04/2020

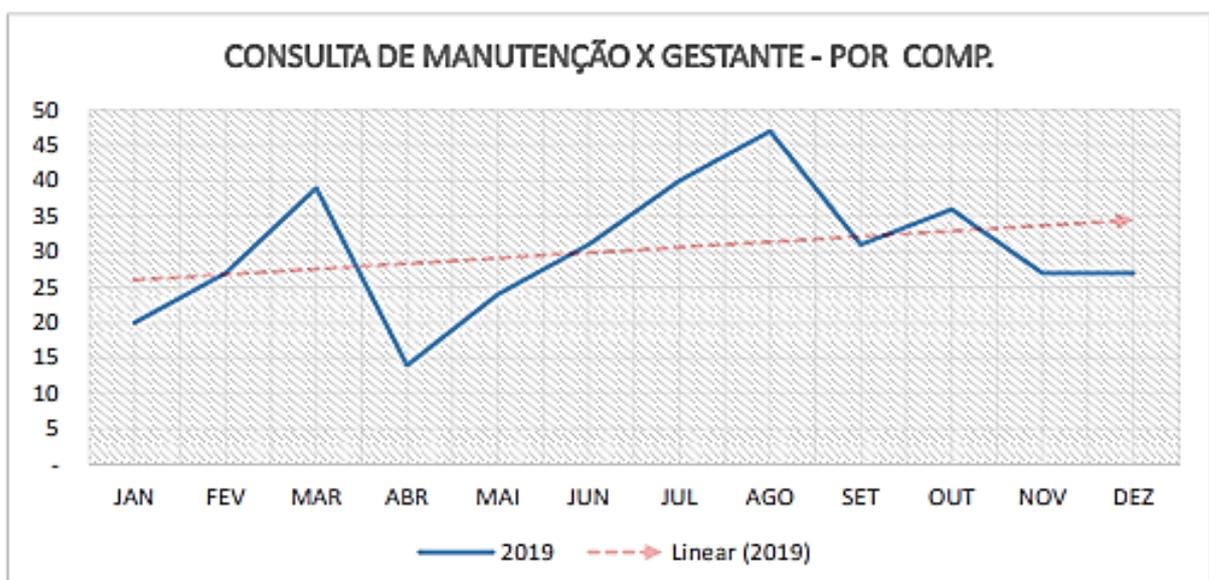
A manutenção foi analisada em gestantes e apresentou menores valores quando comparada aos outros atendimentos. A maior quantidade de procedimentos foi realizada na região Norte, seguida região Sudoeste, as regiões sul, central e leste não apresentaram diferença estatística entre si (Gráficos, 05 e 06) (Tabela 2).

Gráfico 05 - Atendimento Odontológico de gestante, consulta de manutenção, por região de saúde, em 2019.



Fonte: e-SUS. Dados extraídos em 24/04/2020

Gráfico 06 - Atendimento Odontológico de gestante, consulta de manutenção, por competência, em 2019.



Fonte: e-SUS. Dados extraídos em 24/04/2020.

Tabela 2 - Atendimento Odontológico gestante primeira consulta, retorno, manutenção, por região de saúde, em 2019.

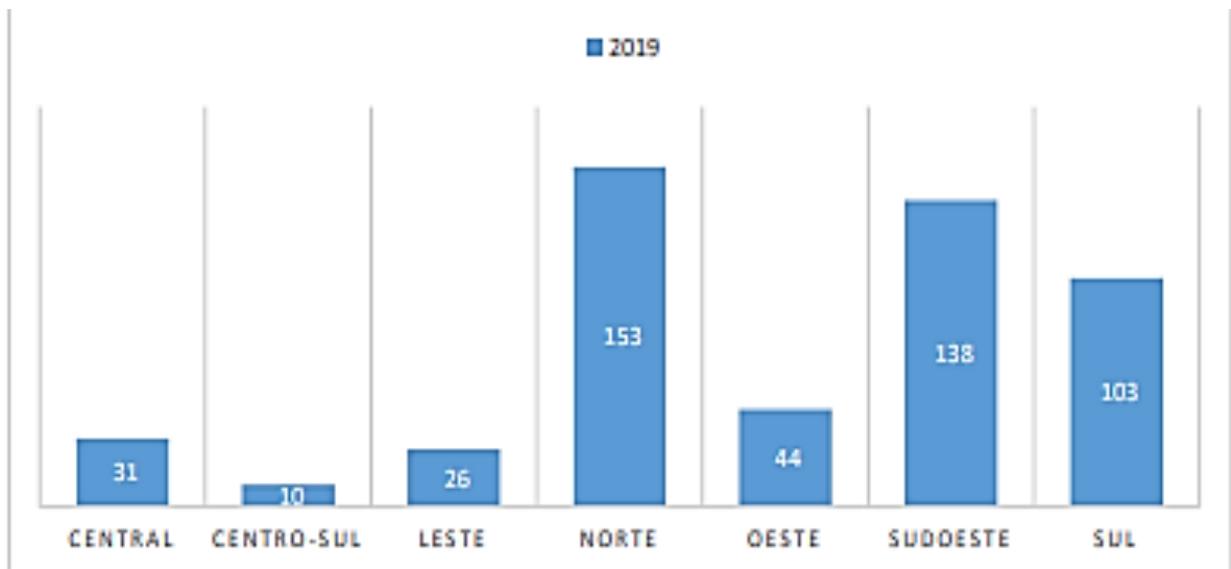
ATENDIMENTO ODONTOLOGICO GESTANTE			
REGIÕES-DF	PRIMEIRA CONSULTA	RETORNO	MANUTENÇÃO
CENTRAL	420 ^G	301 ^G	42 ^D
CENTRO-SUL	495 ^E	483 ^C	46 ^C
LESTE	426 ^F	343 ^F	37 ^D
NORTE	554 ^C	391 ^E	93 ^A
OESTE	641 ^B	614 ^B	32 ^F
SUDOESTE	1.054 ^A	902 ^A	71 ^B
SUL	529 ^D	429 ^D	42 ^D
TOTAL	4.119 ^a	3.463 ^b	363 ^c

*Letras maiúsculas diferentes na mesma coluna, os resultados diferem entre si. Letra minúscula diferente na linha os resultados diferem entre si.

O atendimento das Pessoas com Deficiência foi avaliado em três âmbitos: primeira consulta, retorno e manutenção. A primeira consulta apresentou a maior quantidade de atendimentos (505), seguindo pelo retorno (487) e com os menores valores a manutenção (139) (Tabela 3).

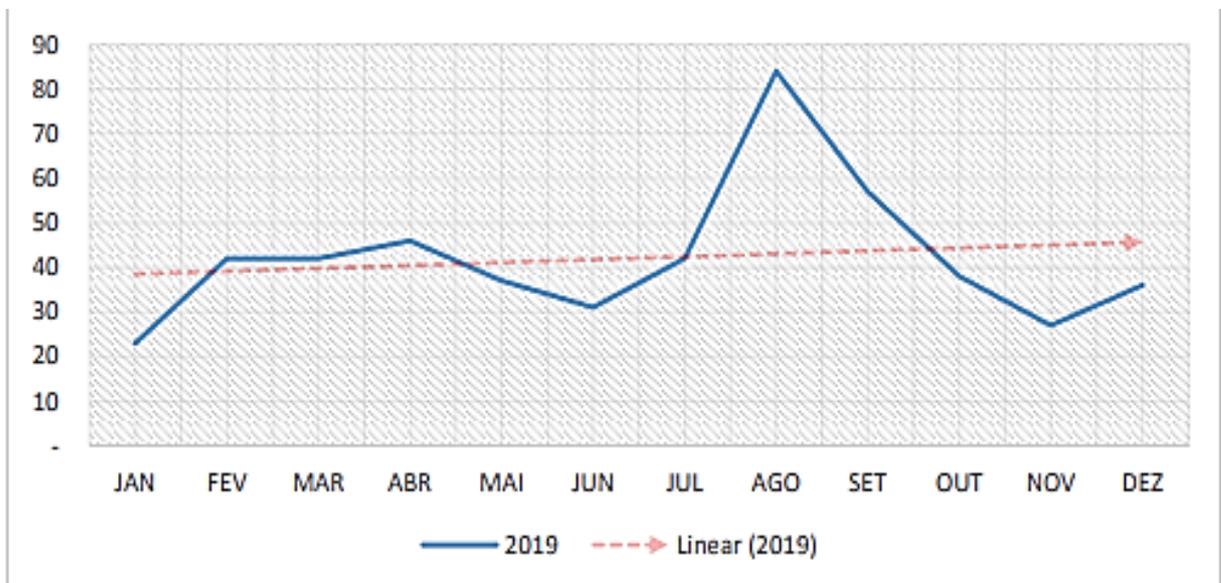
A primeira consulta apresentou os maiores valores na região Norte, seguida pela região Sudoeste. A região Centro-Sul obteve os menores valores (Gráficos 07 e 08) (Tabela 3).

Gráfico 07- Atendimento odontológico PcD primeira consulta, por região de saúde, em 2019.



Fonte: e-SUS. Dados extraídos em 24/04/2020

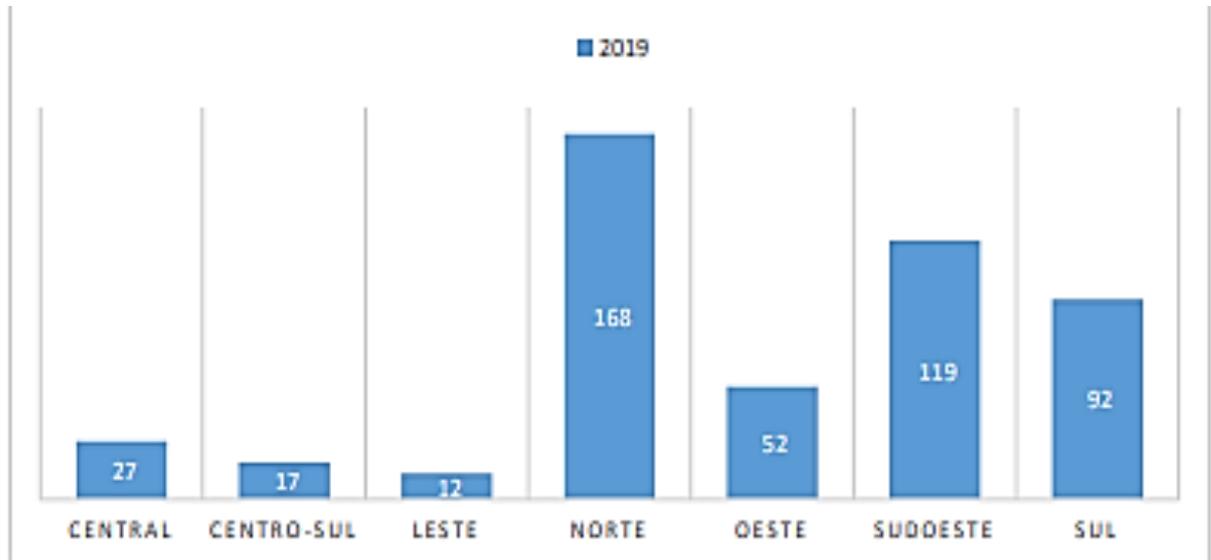
Figura 08 - Atendimento odontológico PcD primeira consulta, por competência, em 2019.



Fonte: e-SUS. Dados extraídos em 24/04/2020

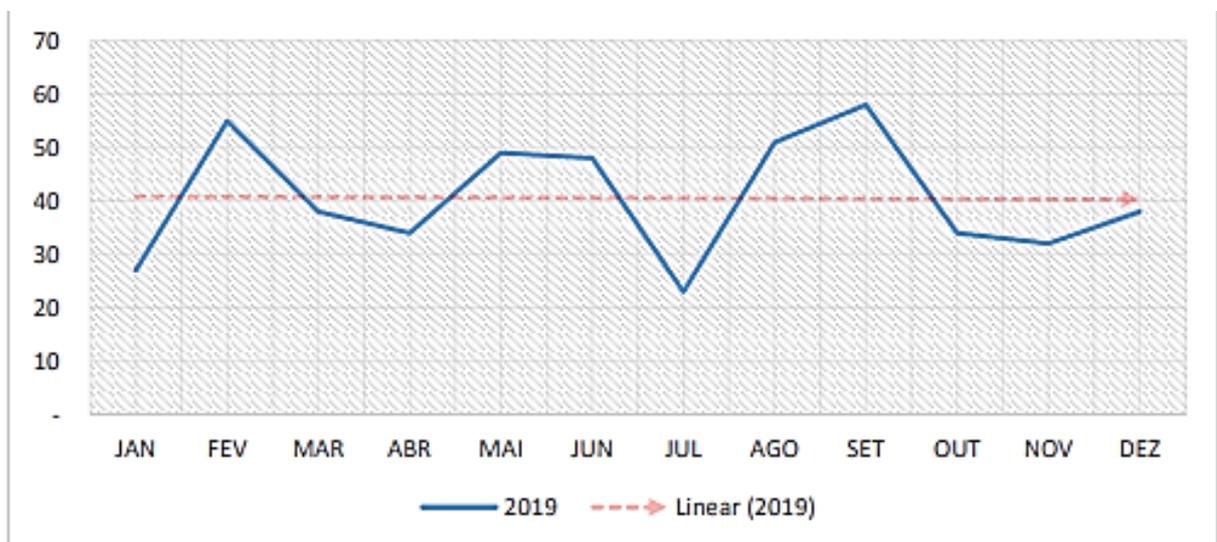
O atendimento de retorno das pessoas com deficiência foi superior na região Norte, seguida pela região Sudoeste, e os menores valores foram encontrados na região Leste (Gráficos 09 e 10).

Gráfico 09 - Atendimento odontológico de PcD – Consulta de retorno, por região de saúde, em 2019.



Fonte: e-SUS. Dados extraídos em 24/04/2020

Gráfico 10 - Atendimento odontológico PcD – Consulta de retorno, por competência, em 2019.

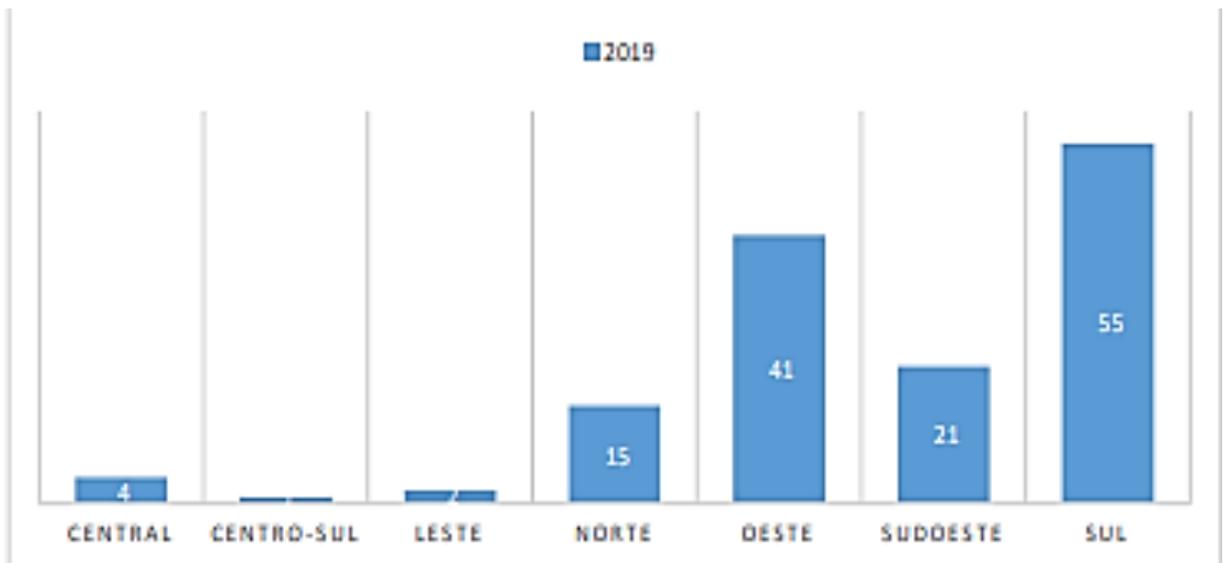


Fonte: e-SUS. Dados extraídos em 24/04/2020

Os resultados dos atendimentos de manutenção de pessoas com deficiência demonstraram valores inferior estatisticamente aos outros tipos de atendimento. A região Sul apresentou a maior quantidade de manutenção (55), seguida pela região Oeste (41), as regiões Central e Centro-Sul não apresentaram diferenças estatísticas

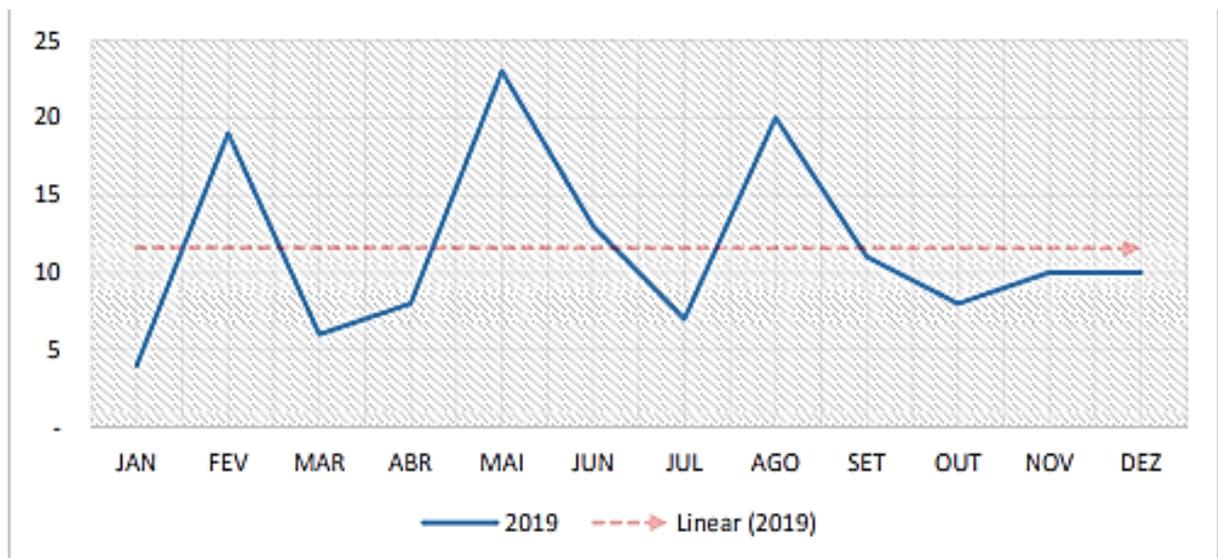
entre si e demonstraram a menor quantidade de atendimentos de manutenção (Gráficos 11 e 12) (Tabela 3).

Gráfico 11 - Atendimento odontológico PcD, consulta de manutenção, por região de saúde, em 2019.



Fonte: e-SUS. Dados extraídos em 24/04/2020

Gráfico 12 - Atendimento odontológico PcD, consulta de manutenção, por competência, em 2019.



Fonte: e-SUS. Dados extraídos em 24/04/2020

Tabela 3 - Atendimento odontológico PcD primeira consulta, retorno, manutenção, por região de saúde, em 2019.

ATENDIMENTO ODONTOLOGICO PcD			
REGIÕES-DF	PRIMEIRA CONSULTA	RETORNO	MANUTENÇÃO
CENTRAL	31 ^E	27 ^E	4 ^E
CENTRO-SUL	10 ^G	17 ^F	1 ^F
LESTE	26 ^F	12 ^G	2 ^F
NORTE	153 ^A	168 ^A	15 ^D
OESTE	44 ^D	53 ^D	41 ^B
SUDOESTE	138 ^B	119 ^B	21 ^C
SUL	103 ^C	92 ^C	55 ^A
TOTAL	505 ^a	487 ^b	139 ^c

*Letras maiúsculas diferentes na mesma coluna, os resultados diferem entre si. Letra minúscula diferente na linha os resultados diferem entre si.

Após a obtenção dos dados, os resultados foram discutidos

6. DISCUSSÃO

Segundo Moura et al. (2010) a Unidade Básica de Saúde, deve se constituir como o local por excelência do atendimento à pessoa com deficiência e de diferenças classes sociais, dada sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante. Portanto, é da responsabilidade dela a garantia do acesso universal aos serviços de saúde. É o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, sendo instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade.

No Brasil, os problemas odontológicos aparecem como a terceira causa mais frequente de busca por serviços de saúde e importantes desigualdades sociais no acesso e na utilização dos mesmos têm sido apontadas nos estudos populacionais (PINHEIROS; TORRES, 2006; SCAVUZZI et al. 2008; FISCHER et al. 2010).

Esta pesquisa teve como proposição avaliar o acesso da pessoa com deficiência e gestantes ao atendimento odontológico nas equipes de saúde bucal no Distrito Federal, assunto de grande relevância, uma vez que o acesso é o ponta pé inicial, para garantir ao cidadão, seja ele deficiente, gestante ou não, o direito à saúde e o bem estar. Entretanto, os números apresentados chamaram a atenção, principalmente no que tange ao atendimento dos PcDs, uma vez que no DF existem cerca de 574.275 habitantes que apresentam alguma deficiência, e quando se trata de acesso aos serviços odontológicos menos de 0,3% (1.508) desta população receberam algum tipo de atendimento no ano de 2019.

Rouleau et al. (2011) expõem que mesmo que as pessoas com deficiência, tenham o direito à saúde com prioridade por lei, a realidade demonstra que estes ainda sofrem com as iniquidades de saúde, apresentando piores condições de saúde geral e saúde bucal, com dificuldade em encontrar profissionais que se disponibilizam ao atendimento bucal.

Atualmente no Brasil existem cerca de 25 milhões de brasileiros, ou seja 14,5% da população com deficiência, diante disso os serviços públicos devem estar preparados para receber, acolher e proporcionar um acesso universal e equitativo a todos os usuários. Alves (2005) relata que as pessoas com deficiência por apresentarem menores níveis socioeconômicos e piores condições de saúde,

deveriam ser um público-alvo preferencial dos serviços de saúde, com adequação dos espaços físicos, e maior aprimoramento dos cirurgiões dentistas e profissionais de saúde em geral para o atendimento. Moretto et al. (2014) complementa que a falta de protocolos bem delineados e de pesquisas que envolvam o cuidado de saúde bucal para pessoas com deficiência diminui o acesso destes pacientes.

Oliveira e Giro (2011) em sua pesquisa conclui que a literatura assinala o baixo acesso e utilização dos serviços odontológicos, mostrando a urgente necessidade de reorganização e reestruturação desses serviços.

Muitas das pessoas com deficiência apresentam um alto risco de cárie e doença periodontal devido a diversos fatores como: a habilidade motora para a realização da higienização e utilização de medicamentos que ocasionam a redução do fluxo salivar (CARVALHO; ARAÚJO, 2004). Por esses motivos, deve-se ressaltar a importância de um acompanhamento odontológico desde o nascimento até a idade adulta, com o objetivo de manter a saúde bucal e conter os fatores de risco que propiciam o aparecimento da doença cárie e periodontal bastante prevalente nestes pacientes. No entanto, existe a falta de informação e insegurança por parte dos cirurgiões-dentistas, fato que pode ser justificado pela precária formação acadêmica nessa área, tornando-os receosos quanto ao atendimento de PcD (MENDES et al. 2012).

Em relação a quantidade de atendimentos por região dos PcDs, os resultados demonstraram diferenças significativas entre elas, demonstrando a diferença de administração, e diferença socioeconômico das regiões do Distrito Federal. As regiões Norte e Sudeste apresentaram os valores de atendimentos mais altos, no entanto as regiões Centro-Sul, Leste e Central demonstram valores muito baixos de atendimento independentemente do tipo.

E com base nos relatórios da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, esses dados podem se justificar pelo fato de que no DF, as regiões de saúde que apresentam uma maior quantidade de UBS, são justamente as regiões Norte e Sudeste com 35 e 32 UBS respectivamente em cada região, por outro lado a região central apresenta apenas 9 unidades. Em relação a eSBs a região Norte é a que conta com o maior número (26), seguida da região Sudeste (24), e por último a região Central apresentando a menor quantidade de equipes (9) (SESDF, 2020).

Quando analisado o atendimento odontológico a gestantes algumas diferenças podem ser encontradas, de forma que é possível constatar grande diferença na

quantidade de atendimentos na região Sudoeste quando comparada a região central, a quantidade de atendimentos na região Sudoeste apresenta uma média de ser o dobro da região Norte, dados preocupantes que demonstram a diferença de acesso ao atendimento odontológico nas variadas regiões analisadas.

O atendimento a gestante demonstrou que essas pacientes apresentam maior quantidade de atendimentos na primeira consulta e retorno, esses resultados estão de acordo com nossa análise do tipo de atendimento que demonstra maiores valores do atendimento de consulta agendada. No entanto, alguns fatores devem ser considerados. Apesar de obterem maior quantidade de atendimentos quando comparados aos PcDs, isso não nos permite concluir que o acesso a estes pacientes tem sido satisfatório.

Martins e Martins (2002) concluem em seu estudo que na prática, é possível constatar que a despeito das atuais políticas de saúde bucal, ainda não existe um atendimento odontológico pré-natal integral como sugere a promoção de saúde. Crenças e mitos de que o tratamento odontológico realizado durante a gravidez prejudica o desenvolvimento do filho ainda acompanham mulheres gestantes e contribuem para dificultar o cuidado com a saúde bucal neste período. Reis et al. (2010) contrapõem que se tem que considerar que ainda há dificuldades de acesso da população ao profissional, tanto na esfera particular como pública.

Albuquerque, Abegg e Rodrigues (2004) em seu estudo demonstraram que as gestantes apresentam uma baixa percepção da necessidade de tratamento, devido à baixa valorização da saúde bucal, a pouca importância atribuída aos dentes, por medo ou ansiedade gerada pelo profissional de saúde bucal, brocas, refletores, cadeira e outros fatores individuais. Outro fator relacionado a procura pelo atendimento é a crença popular que a gestante não pode realizar tratamento odontológico. Neste estudo os autores relatam que os depoimentos das gestantes apontavam a existência de dificuldades de agendamento, de enfrentar os riscos de sair de casa para marcar consulta, de transporte, de dinheiro para o transporte, de fazer perguntas em novos e desconhecidos ambientes, de ser atendida porque o dentista desaconselha o tratamento durante a gravidez, falta de tempo, tempo tomado ao trabalho remunerado, pouca credibilidade nos procedimentos efetuados e no diagnóstico do dentista, localização do consultório, absenteísmo do dentista, desconhecimento por parte das gestantes da existência do serviço gratuito e falta de informação.

Diante disso as ações e os serviços odontológicos devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde da população, para, assim, construir uma prática efetivamente resolutive.

A Organização Mundial de Saúde afirma que a saúde bucal é uma parte essencial da saúde, da função humana e da qualidade de vida, e que as cáries e a doença periodontal podem ser prevenidas e controladas. A evidência disponível indica que a maior parte da redução dessas patologias se deve à utilização de flúor (em cremes dentais e na água) e à melhora das técnicas de higiene bucal, enquanto os serviços especializados, sejam curativos ou preventivos, não tiveram grande impacto, diante disso é possível perceber que métodos podem utilizados como prevenção e tratamento, desde que ocorra a igualdade de acesso aos atendimentos odontológicos.

7. CONCLUSÃO

Através dos resultados é possível concluir que o acesso aos atendimentos odontológicos não é realizado de modo igualitário, há diferenças entre as regiões do Distrito Federal, no que diz respeito a quantidade de atendimentos odontológicos para gestantes e Pessoas com Deficiência bem diversificada. Com isso, este estudo evidencia a necessidade de qualificação das políticas públicas no desenvolver de novos estudos, novas ações e a elaboração de medidas públicas que proporcione melhor acesso a esses grupos da população. E acredita-se que a capacitação das equipes de profissionais de saúde possa contribuir para melhoria e qualidade de acesso aos serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR SMHCA; GONÇALVES M. Odontologia para pacientes portadores de necessidades especiais. **J Bras Odonto-Psicol Odontol Pacientes Espec**, v. 1, n.6, p;502, 2003.

ALBUQUERQUE OM; ABEGG CI; RODRIGUES CS. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 789-796, 2004.

ALVES VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-25, 2005.

ANDERS PL; DAVIS EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. **Spec Care Dentist**, v.30, n.3, p.110-17, 2010.

ANDERSEN, R; NEWMAN, JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. **Milbank Quarterly**, [S.L.], v. 83, n. 4, p. 1-28, 18 nov. 2005.

ARAGÃO, AKR *et al*. Acessibilidade da Criança e do Adolescente com Deficiência na Atenção Básica de Saúde Bucal no Serviço Público: estudo piloto. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 159-164, 1 abr. 2011.

AQUINO EML; MENEZES GMS; AMOEDO MB. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Rev. Saude Publica**, v.26, n.3, p.195-202, 1992.

BAPTISTA, TWF; MACHADO, CV; LIMA, LD. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos poderes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 14, n. 3, p. 829-839, jun. 2009.

BARROS, JD; BERTOLDI, AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 7, n. W4, p. 709-717, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1329, de 12 de novembro de 1999. Estabelece nova sistemática para o cálculo do incentivo financeiro ao Programa de Saúde da Família, parte integrante do **Piso da Atenção Básica - PAB** por faixas populacionais de cobertura. Diário Oficial da União, Brasília, v.87, n.218E, p.23, 16 nov. 1999. Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento (PHPN). Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Cadernos de Atenção Básica - n.º 17.1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (**Estatuto da Pessoa com Deficiência**) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 793, de 24 de abril de 2012. **Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde** [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.341, de 29 de junho de 2012. **Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências** [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 599, de 23 de março de 2006. **Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e**

requisitos para seu credenciamento. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2006a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html

BRASIL. Secretaria do Estado da Saúde do Distrito Federal. **Protocolo de Atenção à Saúde Atendimento Odontológico à Pessoas com Deficiência.** Portaria Nº287 de 06 de dezembro de 2016, publicada no DODF Nº 228 de 06.12.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de saúde da Família. Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.464, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o **financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 112.

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. **Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia.** Resolução CFO-63/2005. Disponível em: www.cfo.org.br/download/pdf/consolidacao.pdf

BROWN, LJ; LAZAR, V. Dental Care Utilization: how saturated is the patient market?. **The Journal Of The American Dental Association**, [S.L.], v. 130, n. 4, p. 573-580, abr. 1999

CANÇADO M; CARVALHO SR; PRETO GUIMARÃES F; ARAÚJO VP. Perfil de pacientes con necesidades especiales. **Bol Asoc Argent Odontol Ninos**, v.32, n.1, p.8-11, 2003.

CARVALHO E; ARAÚJO R. Saúde Bucal em Portadores de Transtornos Mentais e Comportamentais. **Pesquisa Brasileira odontopediatria Clínica Integrada, João Pessoa**, v.4, n.1, p.65-75, jan./abr.2004.

CARRER, FCA (org.). SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir. São Paulo: **Agência Cadaris**, 2019. 80 p.

CASCAES, AM *et al.* Gastos privados com saúde bucal no Brasil: análise dos dados da pesquisa de orçamentos familiares, 2008-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 1-12, 2017

CHAVES, SCL *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 6, p. 1791-1803, jun. 2017.

CONDESSA AM, *et al.* Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2018154, 2020.

COUTO MT, *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, p. 257-270, 2010.

CORRÊA, E.M.; ANDRADE, E.D.; V. M. Tratamento odontológico em gestantes. Escolha da solução anestésica local. **Revista ABO Nacional**, v. 11, n. 2, p. 107–110, 2003.

FISCHER TK; PERES KG; KUPEK E; PERES MA. Primary dental care indicators: association with socioeconomic status, dental care, water fluoridation and Family Health Program in Southern Brazil. **Rev Bras Epidemiol**, v.13, p.126-38, 2010.

GILBERT, GH. *et al.* Dental Health Attitudes Among Dentate Black and White Adults. **Medical Care**, [S.L.], v. 35, n. 3, p. 255-271, mar. 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Comentário dos resultados. In: IBGE. Tabulação avançada do Censo Demográfico 2000: resultados preliminares da amostra. Rio de Janeiro: Editora IBGE; 2002. p. 45-88. 2

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Censo 2010, resultados preliminares da amostra. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares_amostra/default_resultados_preliminares_amostra.shtm

KORNIS GEM; MAIA LS; FORTUNA RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 197-215, 2011.

LAVRAS C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011.

LEAL, N. P. **Saúde bucal da gestante: conhecimentos, práticas e representações do médico, do dentista e da paciente.** Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Fundação Oswaldo Cruz- Rio de Janeiro, 2006.

LOCKER, D; CLARKE, M. Geographic variations in dental services provided to older adults in Ontario, Canada. *Community Dentistry And Oral Epidemiology*, [S.L.], v. 27, n. 4, p. 275-282, ago. 1998.

MANUAL DE REDAÇÃO. Mídia inclusiva: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul - Porto Alegre 2011.

MARTINS RFO; MARTINS ZIO. O que as gestantes sabem sobre cárie: uma avaliação dos conhecimentos de primigestas e multigestas quanto a própria saúde bucal. *Revista ABO Nacional*, v.10, n.5, p.278-284, 2002.

MENDES M; SILVEIRA MM; COSTA FS; SCHARDOSIM LR. Avaliação da percepção e da experiência dos cirurgiões-dentistas da rede municipal de Pelotas/RS no atendimento aos portadores de fissuras labiopalatais. *RFO*, v. 17, n. 2, p. 196-200, maio/ago. 2012.

- MIOTTO, MHMB; BARCELLOS, LA; VELTEN, DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 397-405, fev. 2012.
- MOIMAZ, S.A.S.; ROCHA, N.B.; SALIBA O.; GARBIN C.A.S. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v.19, n. 1, p. 39-45, 2007.
- MORETTO MJ, et al. Reflexões sobre a importância da assistência odontológica preventiva e do adequado treinamento dos Cirurgiões-Dentistas para o atendimento de pessoas com deficiência. **Archives of Health Investigation**, v. 3, n. 3, 2014.
- MOURA BLA; CUNHA RC; FONSECA ACF, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev Bras Saude Mater Infant**, v.10, n.1, p.69-81, 2010.
- NEVES M; GIORDANI J; HUGO F. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1809-1820, 2019.
- NOGUEIRA, L. T. et al. Retardo na procura do tratamento odontológico e percepção da saúde bucal em mulheres grávidas. **Revista CRO**, v. 11, n. 2, p. 127–131, 2012.
- OLIVEIRA ALBM; GIRO EMA Importância da abordagem precoce no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. **Odonto**, v.19, n.38, p.45-51, 2011.
- PAIM J, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, [S.L.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, maio 2011.
- PENCHANSKY, R; THOMAS, JW. The Concept of Access. **Medical Care**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 127-140, fev. 1981.
- PEREIRA L, et al. Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS. **Stomatós**, v. 16, n. 31, p.92-99.

PERES MA; ANTUNES JLF; PERES KG. Is water fluoridation effective in reducing inequalities in dental caries distribution in developing countries? Recent findings from Brazil. **Soz Praventivmed**, v.51, n.5, p.302-10,2006.

PERES, KG *et al.* Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 46, n. 2, p. 250-258, abr. 2012

PINHEIRO RS; TORRES TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.11, p.999-1010, 2006.

PINHEIRO RS, et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cienc. Saude Colet.**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

PINTO HÁ; SOUZA ANA; FERLA AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, v.38, p.358-372, 2014.

PINTO MHB, et al. As redes de atenção à saúde bucal: o papel dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. (Org.). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil : um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife-PE: Editora da UFPE, 2016, p. 221-233.

PUCCA JR GA; GABRIEL M; DE ARAUJO ME; DE ALMEIDA FC. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. **J Dent Res**, v.94, n.10, p.1333-7, 2015.

REIS D, et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 269-276, 2010.

ROULEAU T, ET AL. Receipt of dental care and barriers encountered by persons with , disabilities. **Spec Care Dentist**, v.31, n.2, p.63-7, 2011.

ROCHA LL; SAINTRAIN MVL; VIEIRA-MEYER APGF. Access to dental public services by disabled persons. **BMC Oral Health**, v.15, n.35, p.2, 2015.

RYAN, Sheryl A. *et al.* Utilization of ambulatory health services by urban adolescents. **Journal Of Adolescent Health**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 192-202, mar. 1996.

SCAVUZZI AIF; NOGUEIRA PM; LAPORTEI ME; ALVES AC. Avaliação dos conhecimentos e práticas em saúde bucal de gestantes atendidas o setor público e privado, em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.8, n.1, p.39-45, 2008.

SCHRAIBER LB; COUTO MT. **Homens, violência e saúde**: uma contribuição para o campo de pesquisa e intervenção em gênero, violência doméstica e saúde. Relatório final de pesquisa (Processo nº 02/00413-9). São Paulo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2004.

SCHOFIELD T. *et al.* Understanding men's health and illness: a gender relations approach to policy, research, and practice. **J. Am. Coll. Health**, v.48, n.6, p.247-56, 2000.

SILVA, C.J.P. *et al.* Percepção de saúde bucal dos usuários do Sistema único de Saúde do Município de Coimbra/Minas Gerais. **Rev. Fac. Odontol.** Porto Alegre, v.47, n.3, p.23-28, dez. 2006.

SOARES, FF; FREIRE, MCM; REIS, SCGB. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBrazil 2010): que propõem os coordenadores para futuros inquéritos?. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 21, n. 63, p. 981-989, 25 maio 2017.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.

TREVISAN C; PINTO A. Fatores que interferem no acesso e na adesão das gestantes ao tratamento odontológico. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 2, n. 2, 2013.