


Modelos de proteção social e o direito à assistência odontológica às pessoas com deficiência¹


Social protection models and the right to dental care for people with disabilities

Joana Danielle Brandão Carneiro^a

 <https://orcid.org/0000-0003-3629-8091>

E-mail: joanadani9@gmail.com

Paulo Frazão^a

 <https://orcid.org/0000-0002-3224-0020>

E-mail: pafrazao@usp.br

^aUniversidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Política, Gestão e Saúde. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Conhecer e sintetizar as expectativas e recomendações sobre a assistência odontológica como direito à saúde bucal para as pessoas com deficiência (PcD) é essencial para auxiliar tomadores de decisão. Realizou-se uma revisão integrativa, com busca nas bases PubMed, Embase, Lilacs e BVS, de artigos publicados até 30 de agosto de 2021. Técnicas de mineração de termos foram adotadas, via plataforma Rayyan. A análise de conteúdo teve por referência a teoria de *welfare state*. Dezesesseis artigos foram incluídos. A ampliação do acesso foi uma necessidade compartilhada por todos os estudos. As principais expectativas e recomendações foram: garantia de direito civil e a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal (modelo liberal); necessidade de qualificação profissional, atendimento odontológico sistemático e gratuito, integração entre os serviços, trabalho multiprofissional e garantia de financiamento (modelo conservador); qualificação da infraestrutura e da força de trabalho; e articulação sistêmica entre os níveis assistenciais (modelo social-democrata). Observou-se um cenário de proposições complexo e, por vezes, contraditório, sujeito a indicações com pouco potencial de mudança, especialmente se não forem considerados os desafios contemporâneos decorrentes das crises econômicas e do Estado de bem-estar social que implicam graves estrangimentos aos modelos de proteção social e aos direitos das PcD.

Palavras-chaves: Políticas Públicas; Diretrizes; Saúde Bucal; Pessoa com Deficiência.

Correspondência

Joana Danielle Brandão Carneiro

Avenida Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, São Paulo. CEP: 01246-904, Brasil.

¹ Este trabalho foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Abstract

Knowing and synthesizing the expectations and recommendations about dental care as a right to oral health for people with disabilities (PwD) is essential to assist decision makers. An integrative review was carried out, searching the PubMed, Embase, LILACS, and VHL databases for articles published up to August 30, 2021. Term mining techniques were adopted via the Rayyan platform. The content analysis was based on the welfare state theory. Sixteen articles were included. Expanding access was a need shared by all studies. The main expectations and recommendations were: the guarantee of civil rights and the reorientation of the oral health care model (liberal model); the need for professional qualification, systematic and free dental care, integration between services, multidisciplinary work and guaranteed financing (conservative model); the qualification of infrastructure and workforce; and the systemic articulation between care levels (social-democratic model). A complex and sometimes contradictory scenario of propositions was observed, subject to indications with little potential for change, especially if contemporary challenges arising from the economic crises and the welfare State that imply serious constraints to the models of social protection and the rights of PwD are not considered.

Keywords: Public Policies; Guidelines; Oral Health; People with Disabilities.

Introdução

A partir da disseminação dos estudos sobre a deficiência, na década de 1960, cresceu o movimento de reivindicação de direitos e a luta das pessoas com deficiência (PcD), para serem reconhecidas como sujeitos protagonistas de suas vidas (De Loureiro Maior, 2018; Diniz; Barbosa; Santos, 2009). Um exemplo disso foi a aprovação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, pela Organização das Nações Unidas, em 2006, a qual mencionava a participação desta população como parâmetro para a formulação de políticas e ações direcionadas a ela (Diniz; Barbosa; Santos, 2009).

Na teoria, o termo “deficiência” também passou a assumir novos significados, saindo de uma concepção incapacitante do indivíduo (modelo médico da deficiência), para assumir um modelo social, colocando o indivíduo em posição de agente da sociedade, que compartilha aquilo que tem a oferecer (Diniz; Barbosa; Santos, 2009; Merry; Edwards, 2002; Mota; Bousquat, 2021).

As PcD ocupam um espaço importante em cada território e a singularidade no olhar e na assistência devem ser consideradas, pois esta realidade impacta os indicadores de saúde e de desenvolvimento sustentável, razão suficiente para que o segmento social dessa população tenha seus direitos e necessidades específicas incluídas na agenda política de todos os países (De Loureiro Maior, 2018). Na Grã-Bretanha, existem cerca de 8,5 milhões de PcD, das quais cerca de 6,5 milhões estão em idade ativa (Merry; Edwards, 2002). Nos Estados Unidos, o censo 2000 informou que havia 47,9 milhões de PcD, representando cerca de 19,3% da população (Glassman; Subar, 2008). No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde 2019, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontou que as PcD representavam 8,4% da população, ou 17,3 milhões de pessoas.

Existe uma extensa literatura demonstrando que as PcD são propensas a terem mais doenças bucais, dentes perdidos e dificuldade em obter atendimento odontológico do que outros membros da população em geral (Glassman; Subar, 2008). Na pesquisa odontológica, vários estudos sobre esse tipo de assistência destinada às PcD têm sido

publicados desde a década de 1970, destacando-se: investigações sobre os cuidados orais (Van Grunsven, 1976), a percepção de pais e dentistas sobre o tratamento odontológico (Davies; Holloway; Worthington, 1988), o uso/atendimento de serviços odontológicos (Waldman, 1989; Van Grunsven; Cardoso, 1995) e a situação do atendimento odontológico enquanto uma política pública, em diferentes países (Haddad; Tagle; Passos, 2016).

A elevação da consciência sobre a necessidade da implementação de políticas públicas efetivas e duradouras de inclusão das PcD (Monteiro et al., 2018) tem ajudado a colocar demandas pela aprovação de dispositivos normativos que assegurem os direitos da PcD no centro do debate. Alguns exemplos são a Lei dos Americanos com Deficiência, nos EUA (Surabian, 2016), a Lei de Discriminação de Deficiência, no Reino Unido (Qureshi; Scambler, 2008), a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, ambas no Brasil. Essas políticas podem ser mais ou menos abrangentes, a depender do modelo de proteção social adotado em cada país. Conforme o modelo, as propostas de financiamento, estrutura de serviços e de cobertura das ações, entre outros aspectos, variam. Assim, cabe a todos a responsabilidade de reconhecer às PcD os mesmos direitos assegurados aos que não se encontram nesta condição (Monteiro et al., 2018).

A necessidade de garantia de direitos para as PcD é objeto de estudo da literatura científica, especialmente numa perspectiva de universalização de direitos, inclusão de diferenças e promoção da saúde (De Paula; Maior, 2008; Carvalho; Almeida, 2012). No entanto, nenhum estudo sumarizou as expectativas/recomendações de pesquisadores a respeito da assistência odontológica para PcD como parte do direito à saúde bucal. Uma revisão sobre essas expectativas/recomendações poderia auxiliar tomadores de decisão na compreensão das possibilidades/limites decorrentes dos respectivos modelos de proteção social, que determinam o desenho dos sistemas de saúde adotados em cada país e das propostas de implementação de estratégias voltadas à expansão do acesso e elevação da qualidade da atenção à saúde bucal às PcD.

Além disso, poderia ajudar no reconhecimento da importância da participação social na luta pela garantia dos direitos dessa população.

Este estudo tem por objetivo produzir uma síntese da literatura científica sobre as expectativas/recomendações a respeito da assistência odontológica como direito à saúde bucal para pessoas com deficiência.

Métodos

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, um tipo de estudo apropriado quando o interesse é produzir uma síntese sobre determinado problema de pesquisa (Whittemore; Knafl, 2005). Os seguintes passos foram seguidos: (1) identificação da pergunta de pesquisa; (2) seleção das palavras-chave e busca nas bases de dados bibliográficos de literatura científica; (3) exportação dos arquivos para a plataforma Rayyan; (4) remoção de duplicatas; (5) mineração de termos para determinar a inclusão e a exclusão de registros; (6) seleção dos registros para leitura na íntegra; (7) avaliação da relevância e qualidade metodológica; (8) seleção final dos artigos a serem incluídos no estudo; (9) extração dos dados; (10) interpretação e discussão dos resultados; e (11) síntese das informações e produção de conhecimento.

A pergunta norteadora da pesquisa foi “Qual o estado da ciência sobre expectativas/recomendações sobre assistência odontológica como direito à saúde bucal para pessoas com deficiência?”. A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: *National Library of Medicine* (PubMed), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), *Embase* e *Ovid Tools & Resources Portal* (Ovid). As chaves de busca foram definidas a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH). Foram incluídos artigos em português, inglês e espanhol, publicados entre janeiro de 1975 e agosto de 2021. O ano de 1975 foi empregado em decorrência da aprovação da Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência pela Organização das Nações Unidas (ONU, 1975). A expressão geral de busca utilizada foi adaptada para cada plataforma, conforme demonstrado no Quadro 1. Dois avaliadores independentes realizaram as buscas para identificação dos trabalhos.

Quadro 1 – Relação dos descritores utilizados na busca por trabalhos de acordo com a base de dados selecionada, 2021.

Base de dados	Descritores	Total
Pubmed	(((((("health policy" [Mesh] OR "health policies" OR "policy, health" OR "healthcare policy" OR "healthcare policy" OR "healthcare policies" OR "policy, healthcare" OR "national health policy" OR "health policy, national" OR "national health policies" OR "policy, national health") OR ("public policy" [Mesh] OR "policies, public" OR "policy, public" OR "public policies" OR "social protection" OR "protection, social" OR "population policy" OR "policies, population" OR "policy, population" OR "population policies" OR "social policy" OR "policies, social" OR "policy, social" OR "social policies")))) AND ("oral health" [Mesh] OR "mouth rehabilitation")) OR ("dental care" OR "dental service, hospital" OR "dental health service")) AND ("disabled persons" [Mesh] OR "disabled person" OR "disabilities, people with" OR "people with disability" OR "persons with disabilities" OR "disabilities, persons with" OR "disability, persons with" OR "persons with disability" OR "physically handicapped" OR "handicapped, physically" OR "physically disabled" OR "disabled, physically" OR "physically challenged")	888
BVS	(mh:(("política de saúde")) AND (mh:(("assistência odontológica")) AND ("pessoa com deficiência"))	438
Embase	'health care policy' AND 'dental procedure' AND disability	19
Ovid	("health policy" and "oral health care" and "handicapped")	12

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os registros identificados em cada base foram transferidos para a ferramenta *Rayyan*, que permite a mineração de termos para auxiliar o revisor na triagem de resumos para revisões de literatura. Outros recursos interessantes do *Rayyan* são: triagem independente e simultânea por dois ou mais usuários, remoção de duplicatas e referências de rotulagem, destacando palavras-chaves (Olofsson et al., 2017).

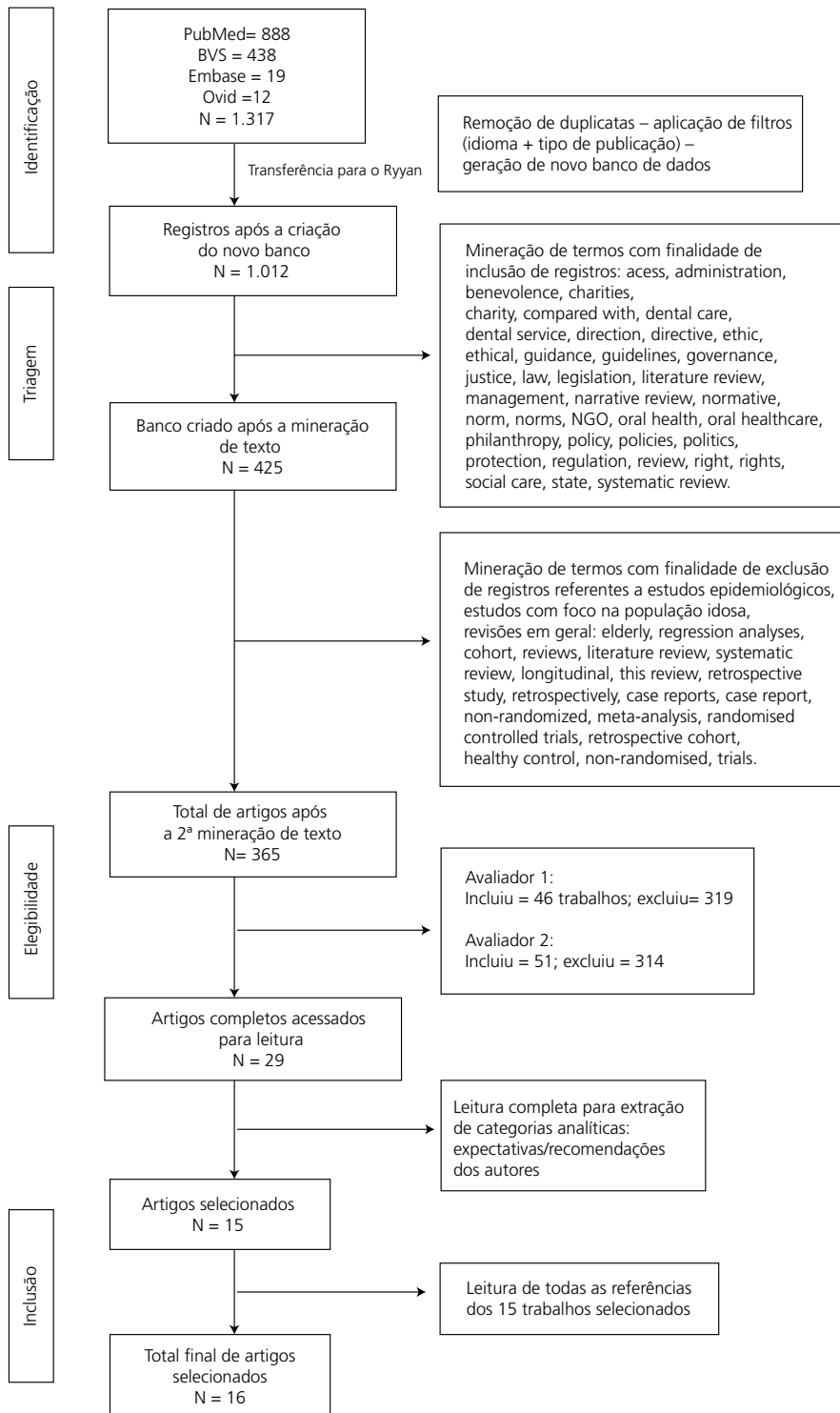
Após a transcrição de 1357 registros para a ferramenta *Rayyan*, 41 duplicatas foram removidas, resultando em 1316 publicações. Em seguida, 304 registros foram excluídos por não atender aos critérios de inclusão relativos aos idiomas e tipos de publicação elegíveis, resultando em 1012 trabalhos. Para identificar registros compatíveis com a pergunta norteadora, foi realizada a mineração de texto, conforme demonstrado no Fluxograma da Figura 1.

Com base no foco do estudo, houve concordância na inclusão de 29 títulos/resumos e na exclusão de 297 registros, obtendo-se um grau de concordância moderada ($Kappa=0,537$). Após a discussão das discordâncias, mais 19 registros foram incluídos para leitura na íntegra, totalizando 48 trabalhos. Os documentos foram examinados de acordo com sua relevância para o tema, clareza de apresentação, rigor do conteúdo e presença de referencial teórico. Destes, 15 foram incluídos

no estudo. Com base nas referências das pesquisas incluídas, mais um documento foi escolhido, totalizando 16 trabalhos para extração de uma categoria analítica ligada às expectativas e/ou às recomendações dos autores sobre assistência odontológica, como direito à saúde bucal para pessoas com deficiência.

A análise de conteúdo teve por referência a teoria de regimes de *welfare state*, na qual destacam-se três modelos de proteção social (Esping-Andersen, 1991). O modelo liberal, no qual a assistência à saúde é regulada pelo mercado e depende da capacidade de pagamento do usuário. Dessa forma, o papel do Estado é limitado ao apoio de organizações filantrópicas que prestam assistência aos comprovadamente pobres. O modelo conservador, correspondente ao seguro social, no qual a assistência à saúde depende da vinculação formal ao mercado de trabalho (cidadania regulada), sendo financiado por contribuições provenientes de empregados e empregadores, com ou sem a participação estatal. Por fim, o modelo social-democrata, relativo à seguridade social, no qual a assistência à saúde usualmente não depende da capacidade de pagamento do usuário e é assumida como um direito do cidadão, sendo financiada por recursos do orçamento público, provenientes de impostos e outras contribuições (Esping-Andersen, 1991).

Figura 1 – Fluxograma de seleção das publicações, 2022.



Resultados

A Figura 1 apresenta o fluxograma de seleção das publicações. 16 trabalhos foram selecionados para extração dos dados. As expectativas/recomendações dos autores tiveram por referência nove países:

EUA, Suécia, Dinamarca, Noruega, Finlândia, Islândia, França, Inglaterra e Brasil. Elas foram apresentadas segundo os três tipos de modelo de proteção social mencionados e as características do acesso à atenção à saúde decorrentes deles (Quadro 2).

Quadro 2 – Objetivos dos artigos incluídos e expectativas/recomendações do(s) autor(es) segundo o modelo de proteção social do país do estudo.

Modelo de proteção social do país do estudo	
Autor/Ano Objetivo (território)	Expectativa/recomendações dos autores
<p>MODELO LIBERAL; representado pelos EUA, país no qual a atenção à saúde depende da capacidade de pagamento do usuário; é regulada pelo mercado de seguros de saúde, sendo uma parte da população elegível para receber subsídios de programas governamentais específicos (Medicaid, Medicare e Programa de Seguro Saúde Infantil).</p>	
<p>Dart, 1988 Compartilhar uma proposta de agenda para garantir os direitos das pessoas com deficiência (EUA).</p>	<p>Necessidade de estabelecer proteção dos direitos civis por lei; tomar medidas vigorosas para garantir a aplicação de tais leis; garantir a disponibilidade de serviços jurídicos de defesa das PcD, de comunicação, transporte e outros serviços de apoio; de promover iniciativas de educação e empoderamento, para não depender de sistemas paternalistas, nem se deixar levar por desinformação; de implementar sistema de serviços de atenção à saúde bucal que seja efetivo e abrangente, com alto grau de administração e profissionalismo envolvendo parcerias de entidades públicas (de nível federal, estadual e local) e privadas, consumidores, famílias, advogados, e prestadores de serviços; de assegurar que o sistema de serviços seja acessível a todas as pessoas por meio de um único ponto de entrada para informação, encaminhamento e aconselhamento, baseado em uma rede nacional de informação computadorizada integrando serviços em nível local, estadual e federal, a fim de reduzir custos e atrasos, eliminar lacunas, fornecer informações estatísticas confiáveis e atualizadas e aumentar o poder e a produtividade dos provedores de serviços profissionais, bem como a qualidade e o uso destes serviços; de que as agências federais apoiem pesquisas; de eliminar as barreiras regulatórias e burocráticas que dificultam o acesso e de desenvolver relações internacionais com organizações de defesa da PcD em outros países.</p>
<p>Waldman & Perlman, 1997 Refletir sobre a desassistência que acontece com crianças com deficiência cobertas pelo Medicaid que perdem a cobertura na fase adulta, mas continuam com deficiência e necessidades (EUA).</p>	<p>Como o Medicaid é um programa financiado pelo governo, que garante assistência à saúde a determinados grupos, como as crianças, desde que estejam comprovadamente abaixo da linha da pobreza, os autores recomendaram aumentar os serviços odontológicos para adultos com deficiência. Isso inclui aumentar o orçamento do Medicaid e os valores de reembolso para pagamento dos atendimentos odontológicos.</p>

continua...

Quadro 2 – Continuação.

Modelo de proteção social do país do estudo	
Autor/Ano Objetivo (território)	Expectativa/recomendações dos autores
<p>Glassman, 2005</p> <p>Apresentar as conclusões da conferência sobre saúde bucal para PcD, analisar as implicações para a profissão odontológica e para a sociedade, e recomendar sistemas e estratégias que possam levar a uma melhor saúde bucal para estas populações (EUA).</p>	<p>Organizada pela Escola de Odontologia da Universidade do Pacífico, com apoio da California Dental Association Foundation, na Califórnia (EUA), recomendou-se um novo modelo de prestação de cuidados de saúde bucal para PcD: foco na prevenção; maior incentivo financeiro para ações de promoção/prevenção; integração entre saúde bucal e outros serviços comunitários de saúde e serviço social; abordagem na gestão de casos para o encaminhamento resolutivo; matriciamento em saúde bucal para outros profissionais da saúde e serviço social; sistema de atenção com níveis de complexidade crescente; cuidadores mais próximos dos indivíduos com previsão de incentivos; avaliação e monitoramento dos serviços de saúde bucal; incrementar a capacitação de todos os profissionais de Odontologia no atendimento de pessoas com necessidades especiais; coordenar os sistemas de dados entre os programas estaduais; catalogar e divulgar modelos/experiências bem sucedidas; financiar pesquisas sobre modelos de oferta e prevenção de saúde bucal para PcD.</p>
<p>Keels, 2007</p> <p>Identificar as políticas e diretrizes propostas por organizações diferentes da AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry) que influenciam os cuidados de saúde bucal para PcD (EUA).</p>	<p>Entidades educacionais e de credenciamento profissional têm papel importante para a qualificação dos provedores de serviços para PcD. As agendas legislativas em nível nacional e estadual têm impactado a assistência odontológica para PcD. Esforços têm sido feitos por meio de diferentes entidades governamentais e não governamentais de defesa das PcD que devem ser vistas, em primeiro lugar, como pessoas. A AAPD deve estar ciente dessas atividades e desenvolver atividades em conjunto com essas e outras organizações sempre que possível.</p>
<p>Nowak, 2007</p> <p>Analisar até que ponto as políticas e diretrizes da AAPD incluem menção às PcD (EUA).</p>	<p>Incluir recomendações sobre sinais clínicos odontológicos (manifestações orais) de abuso e negligência infantil; periodicidade de acompanhamento odontológico; rol de serviços odontológicos preventivos (cardápio de oferta assistencial); orientação precoce sobre saúde bucal e garantia de tratamento odontológico; odontologia restauradora pediátrica; manejo de traumatismo dentário agudo; compensação justa e adequada para o tratamento de pacientes complexos e outras necessidades especiais.</p>
<p>Edelstein, 2007</p> <p>Identificar os pontos fortes e fracos do sistema de saúde dos EUA em relação aos cuidados bucais para PcD, fornecer uma estrutura para compreender a capacidade do sistema, descrever o contexto em que o atendimento odontológico é prestado (EUA).</p>	<p>Instituir uma abordagem holística para beneficiar a capacidade do sistema de assistência odontológica, para prestar serviços às crianças com necessidades especiais, considerando a saúde bucal como uma necessidade de saúde e não apenas uma necessidade individualizada com serviços odontológicos que respondam apenas a esta demanda.</p> <p>Defender um sistema de saúde acessível, seguro, competente, individualizado, compassivo (humanizado), integrado, de alta qualidade e educativo. Foco na APS: efetividade, eficiência, pontualidade, segurança, centralidade no usuário, equidade. Este modelo pode ser uma forte promessa para melhorias incrementais no atendimento odontológico de crianças especiais. As sugestões foram: 1. melhorar a oferta e as competências dos dentistas; 2. estabelecer fluxos de financiamento suficientes (especialmente através do Medicaid); 3. integrar a equipe de atendimento médico e odontológico por meio de: a. colaboração; b. co-treinamento; e/ou c. instalações móveis. Para facilitar a implementação, isso pode exigir fundos correspondentes de estados, fundações, planos de saúde, hospitais, associações profissionais ou outras partes interessadas.</p>

continua...

Quadro 2 – Continuação.

Modelo de proteção social do país do estudo	
Autor/Ano Objetivo (território)	Expectativa/recomendações dos autores
<p>Glassman & Subar, 2008 Dada a expansão da população com deficiência, descrever os desafios da prestação de serviços de atenção à saúde bucal para este público e discutir as implicações destes desafios para a profissão odontológica e a organização do sistema de saúde bucal (EUA).</p>	<p>Crescente escassez de força de trabalho, treinamento inadequado e um sistema de reembolso que não recompensa os tipos de serviços necessários contribuem para o fracasso do sistema atual. Treinamento e formação dos profissionais compatíveis com as necessidades que PcD exigem ao procurar a assistência odontológica; entender o uso apropriado da linguagem e saber trabalhar em equipe multiprofissional e interdisciplinar, tendo em vista as distintas necessidades das PcD (sociais, sanitárias, culturais); prática de cuidado território-centrada (entender os arranjos comunitários, equipamentos e serviços disponíveis); estabelecer uma comunicação para o cuidado compatível com àquele usuário assistido; ampliação do escopo das funções dos higienistas dentais; e um modelo de atenção em diferentes níveis onde cuidados cada vez mais complexos são realizados por aqueles com o treinamento mais extenso, e cuidados menos complexos são prestados por aqueles com treinamento menos extenso.</p>
<p>Edelstein, 2013 Descrever a legislação federal para cobertura pública de saúde bucal para crianças com deficiência em contraste com a ausência desta cobertura para adultos dependentes (EUA).</p>	<p>Para ter sucesso na mudança de políticas (ou incluir a saúde bucal em outras políticas), os defensores da saúde bucal precisam: (1) articular sua questão com clareza, urgência e articulação de consequências significativas; (2) vincular sua questão a alguma agenda política que está “em movimento”; (3) obter níveis significativos de consenso dentro das comunidades de saúde bucal e saúde geral e comunidades de interesse relacionadas para evitar dissensões e vozes concorrentes; e (4) comprometer-se a fazer o “trabalho pesado” do envolvimento diário no processo de formulação de políticas. À medida que o Congresso se reformata a cada 2 anos, os defensores devem se ajustar às filosofias políticas e às realidades econômicas da época, modificando seu “pedido”, reformulando suas questões e renegociando o processo político.</p>
<p>Tegtmeier et al., 2016 Refletir sobre o futuro da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, da Odontologia Hospitalar e da Educação Odontológica, e formular recomendações para garantir que as PcD tenham acesso a cuidados de saúde bucal adequados nos anos futuros (EUA).</p>	<p>No que pese o crescente reconhecimento que boa saúde bucal tem impacto na saúde geral, programas de odontologia hospitalar e centros de excelência para pacientes com necessidades especiais encontram-se em dificuldades financeiras e ameaça de encerramento de atividades. É necessário garantir pagamentos adequados para serviços odontológicos hospitalares, serviços para necessidades especiais e uma força de trabalho bem treinada e capacitada; controlar os custos por meio da prevenção; defender uma política pública que signifique atrair o interesse dos formuladores de políticas; defender uma saúde bucal que signifique reduzir injustiça e desigualdades sociais; defender um modelo colaborativo de saúde bucal (usuário, serviço, prestador, empresa).</p>
<p>Cruz et al., 2016 Identificar os tipos de serviços de saúde bucal oferecidos por organizações de base comunitária para menores de 6 anos de idade com necessidades especiais de saúde e as barreiras e facilitadores para sua prestação em uma comunidade sem acesso à água fluoretada (EUA)</p>	<p>Um olhar mais atento aos recursos disponíveis para menores de 6 anos de idade com necessidades especiais se faz necessário, especialmente porque são menos propensos a receber atendimento odontológico preventivo do que aqueles em idade escolar. Outras recomendações incluem: uso do flúor; parceria das organizações comunitárias com os dentistas do programa ABCD (Access to Baby and Child Dentistry) para prestação de serviços às crianças com necessidades especiais; incluir a educação em saúde bucal na agenda dos profissionais das organizações (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos) como parte do cuidado às crianças especiais, incluindo a educação dos responsáveis por elas.</p>

continua...

Quadro 2 – Continuação.

Modelo de proteção social do país do estudo	
Autor/Ano Objetivo (território)	Expectativa/recomendações dos autores
<p>MODELO CONSERVADOR: representado pelos países onde a atenção à saúde tem por base o seguro social de caráter obrigatório e cobertura universal regulada pelo Estado, sendo financiado por contribuições sociais relacionadas ao trabalho e por impostos. Competências e recursos podem ser transferidos para as regiões de saúde conforme arranjo em cada país.</p>	
<p>Haavio, 1995 Descrever a situação atual e os planos para o futuro dos cuidados de saúde bucal para PcD nos países nórdicos (Suécia, Dinamarca, Noruega, Finlândia e Islândia).</p>	<p>Nestes países, o direito à assistência odontológica é assegurado por serviços públicos locais, em geral até o final da adolescência, variando a faixa etária conforme o país. Desde 1984, a Lei de Saúde Bucal na Noruega prioriza as PcD mentais, idosos, doentes crônicos e PcD em instituições ou atendimento domiciliar, além disso, garante a estes grupos atendimento odontológico gratuito. A situação social e econômica tinha piorado e poderia deteriorar a estrutura do estado de bem-estar. Cada vez mais, PcD estão com serviços e a saúde diminuída. A Sociedade Nórdica de Odontologia para Deficientes recomendou a educação para profissionais de saúde bucal que prestam serviços à PcD. Tanto o conhecimento teórico quanto o treinamento prático devem ser incluídos na formação de dentistas, ASB e TSB; todos as PcD intelectual devem ter garantia de atendimento odontológico sistemático e gratuito, incluindo a promoção da saúde e a odontologia preventiva; além de sistemas de referenciamento, cooperação multiprofissional. Espera-se que às PcD mentais seja garantido atendimento odontológico sistemático e gratuito, incluindo também a promoção da saúde e a odontologia preventiva. Além disso, sistemas de busca ativa, cooperação multiprofissional e expertise especial da equipe odontológica foram considerados necessários.</p>
<p>Gondlach et al., 2019 Descrever os resultados da avaliação interna da Réseau Santé Bucco-Dentaire et Handicap de la région Rhône-Alpes e discutir o modelo de redes de saúde como resposta para melhorar o acesso à assistência odontológica para pessoas com deficiência (França).</p>	<p>Na França, competências e recursos têm sido transferidos para as regiões de saúde. Defende-se a ampliação nacional da organização dos serviços de saúde bucal numa perspectiva de redes de atenção à saúde, com o acompanhamento de financiamento e programas de formação profissional. Esta defesa passa pelo desenvolvimento de serviços de atenção primária que sejam locais, inclusivos, centrados no usuário/território, abrangentes, suficientes em quantidade, qualidade e acessibilidade.</p>
<p>MODELO SOCIAL-DEMOCRATA: representado pelos países onde a atenção à saúde é financiada pelo Estado e não depende da capacidade de pagamento do usuário tendo um caráter universal</p>	
<p>Merry & Edwards, 2002 Descrever a Lei de Discriminação de Deficiência (LDD) e como ela afeta a prática odontológica tendo como ponto de partida os resultados de um inquérito sobre acesso a serviços odontológicos por PcD em Merseyside (Inglaterra).</p>	<p>No Reino Unido, a lei foi aprovada em 1995. Espera-se que os prestadores de serviços façam ajustes razoáveis quando for impossível ou injustificadamente difícil para uma PcD usar o serviço em três áreas: (1) mudanças políticas, de procedimentos e práticas; (2) ofertar um serviço auxiliar que permita ou facilite o acesso da PcD aos recursos logísticos do serviço; (3) fornecer um método alternativo razoável de prestação de serviço quando isso for impedido ou dificultado excessivamente por uma característica física. Estas medidas visam, sobretudo, superar barreiras de acesso para assistência à PcD. E os dentistas precisam estar cientes de suas responsabilidades sob a Lei de Discriminação da Deficiência, seja como empregadores ou prestadores de serviços.</p>

continua...

Quadro 2 – Continuação.

Modelo de proteção social do país do estudo	
Autor/Ano Objetivo (território)	Expectativa/recomendações dos autores
Dougall & Fiske, 2008 Definir a Odontologia voltada para PcD e oferecer dicas práticas para incentivar o acesso e atendimento odontológico, a transferência para a cadeira, e o acesso à cavidade oral pelo profissional (Reino Unido).	Necessidade de uma abordagem adequada para o cuidado compartilhado, por meio de uma rede bem desenvolvida de saúde bucal para PcD nos setores de atenção primária e especializada, que permita aos pacientes se movimentarem sem problemas entre os serviços e serem atendidos pela pessoa certa, no lugar certo, na hora certa. Adotar uma abordagem centrada no paciente é essencial para garantir que os usuários de serviços com deficiência tenham o mesmo nível de acesso, escolha consentida e atendimento ao usuário que qualquer outra pessoa. Assegurar a qualidade e quantidade da força de trabalho em serviços destinados à PcD no Reino Unido.
Qureshi & Scambler, 2008 Apresentar os resultados de um estudo explorando o acesso à assistência odontológica após a Lei de Discriminação da Deficiência entre os dentistas clínicos gerais baseados no centro da cidade de Aylesbury (Inglaterra).	A Lei no Reino Unido recomenda 'ajustes razoáveis' na estrutura física dos serviços de assistência odontológica, para ampliar a acessibilidade e realizar uma abordagem inclusiva: rampas internas e externas (provisórias ou permanentes), corrimãos, estacionamento, banheiros com grades, elevadores, decoração, portas, escadas rolantes, iluminação, pavimentação, ventilação, identificação visual facilitada do local a determinada distância (cores diferenciadas), tapetes nivelados com o chão, comunicação em braille ou tátil para instruções gerais, superfícies niveladas sempre que possível, superfícies antiderrapantes, redução máxima possível dos ruídos, repetição de mensagens chaves para o atendimento/consulta/tratamento, disponibilidade de uma variedade de assentos para atender a diferentes necessidades, e criar um espaço rebaixado na mesa de atendimento da recepção.
Rocha et al., 2015 Avaliar a acessibilidade dos serviços odontológicos em Fortaleza (CE) para PcD (física, auditiva e visual) considerando a presença/ausência de barreiras geográficas, arquitetônicas, organizacionais, culturais, econômicas e de comunicação (Brasil).	Foram avaliados os serviços de saúde que prestam assistência odontológica na atenção primária à saúde em Fortaleza, influente capital localizada na região Nordeste do Brasil. Recomendou-se a institucionalização de práticas, de modo mais articulado, tanto nas rotinas de atendimento (profissionais capacitados, recepção para agendamento, participação do usuário) quanto no encaminhamento de pacientes para serviços mais complexos; redução de barreiras sociais, econômicas, comunicacionais, arquitetônicas e geográficas para possibilitar a inclusão e atendimento integral das PcD.

Fonte: elaborado pelos autores com base em Esping-Andersen (1991).

A maioria dos artigos incluídos (10/16) foram escritos por pesquisadores dos EUA, um país caracterizado pelo modelo liberal de proteção social, suas datas de publicação variaram entre 1988 e 2016. Entre as principais recomendações/expectativas levantadas, estavam: a defesa da garantia de proteção de direitos civis que seriam assegurados por um sistema de saúde seguro, acessível e orientado pela Atenção Primária à Saúde (APS); a aprovação de mecanismos legais de cumprimento destes direitos; apoio a agências de fomento à pesquisa sobre PcD; e a ampliação do financiamento dos programas públicos de atenção à saúde (incluindo

a saúde bucal), para ampliação da oferta de serviços e do acesso à população. Propostas de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal, numa perspectiva colaborativa para permitir a gestão clínica de casos, o matriciamento entre a equipe de saúde bucal e outros profissionais, e maior resolutividade foram mencionadas. Com apoio das entidades educacionais e do controle da categoria profissional, sugeriu-se a qualificação dos prestadores de serviços de saúde bucal às PcD, a fim de responder às necessidades específicas desse público-alvo. Acresce, ainda, a necessidade tanto da defesa das políticas públicas voltadas à PcD, a fim de atrair a atenção

dos formuladores para as prioridades adequadas à cada contexto específico, quanto da formulação de diretrizes clínicas na perspectiva de reduzir injustiças e desigualdades sociais.

Dos seis registros restantes, dois eram recomendações/expectativas formuladas por pesquisadores oriundos de países caracterizados pelo modelo conservador de proteção social. Publicados em 1995 e 2019, os trabalhos destacavam a necessidade de educação profissional para os profissionais de saúde bucal (dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal), tanto na perspectiva teórica quanto na prática; garantia de atendimento odontológico sistemático e gratuito; mecanismos de aprimoramento do processo de trabalho e qualificação do cuidado (organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS), integração entre os serviços, trabalho multiprofissional, garantia de financiamento das ações).

Os demais registros eram recomendações/expectativas propostas por pesquisadores oriundos de países caracterizados pelo modelo social-democrata de proteção social. Publicados entre 2002 e 2015, os principais aspectos levantados mencionavam a ampliação do acesso e da acessibilidade nos serviços de assistência odontológica à PcD; uma infraestrutura e força de trabalho que garantisse a qualidade da assistência prestada a essa população; articulação sistêmica entre os serviços de atenção primária e especializada, com uma abordagem centrada no usuário com deficiência; e a responsabilidade ético-profissional no cumprimento das leis relacionadas ao direito à saúde das PcD.

Apesar dos princípios de proteção social serem distintos, algumas recomendações/expectativas foram comuns independentemente do modelo adotado. São elas: a preocupação em garantir o acesso a todos com necessidade de assistência odontológica, por meio de uma rede integrada de serviços dotada de estrutura de equipamentos, insumos e uma força de trabalho multiprofissional adequadamente preparada e sustentada por sistemas de financiamento e pagamento das organizações e dos serviços de saúde, que assegurasse um ótimo nível de qualidade.

Discussão

Nesta revisão integrativa, produziu-se uma síntese da literatura científica sobre as expectativas/

recomendações a respeito da assistência odontológica como direito à saúde bucal para pessoas com deficiência no âmbito internacional. Para isso, técnicas de mineração de termos foram adotadas para identificar estudos que mencionavam explicitamente palavras como direitos, políticas em sua dupla acepção (*policy e politics*), gestão/administração, legislação/normas, entre outras similares. Com isso, as expectativas/recomendações tiveram origem em estudos que compartilhavam a defesa da assistência odontológica às PcD como um direito humano e um princípio de justiça social. Como a ciência pode ajudar tanto na perpetuação de injustiças, como na promoção de caminhos para emancipação social, é importante destacar o esforço/compromisso de pesquisadores de diferentes países com as causas das PcD. Apesar disso, observou-se, do ponto de vista dos direitos das pessoas com deficiência, um cenário de proposições complexo e por vezes contraditório, sujeito a indicações com poucas chances de mudar a qualidade da resposta, notadamente se não forem abordados os desafios contemporâneos decorrentes das crises econômicas e do Estado de bem-estar social que implicam severos constrangimentos aos modelos de proteção social.

Os resultados mostraram que as expectativas/recomendações dos pesquisadores em relação à extensão do direito à saúde e ao cardápio de ofertas assistenciais para as PcD variavam conforme o modelo de proteção social adotado no país de origem dos respectivos estudos. Características comuns também foram identificadas, independentemente do modelo adotado, como a defesa da ampliação do acesso das PcD à assistência odontológica e a qualificação das ações e serviços oferecidos.

No estudo em que o modelo de proteção social do país era orientado por uma perspectiva liberal, as recomendações e expectativas destacaram a necessidade de garantia dos direitos civis via mecanismos legislativos e a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, por meio de políticas públicas voltadas às PcD, como forma de reduzir desigualdades e injustiças. PcD e indivíduos de baixa renda eram elegíveis para um seguro de saúde administrado de forma descentralizada pelos governos estaduais, no qual as entidades assistenciais recebiam um pagamento por mês para prestar cuidados com base

no número de pessoas cadastradas. No entanto, este mecanismo de financiamento tem despertado grande preocupação das PcD, em decorrência de situações sem garantia de cobertura. Pesquisadores têm alertado que esse mecanismo poderia colocar programas bem-sucedidos em risco (odontologia hospitalar), pois existiria uma carteira restrita de serviços autorizados para pagamento, e procedimentos mais específicos para determinadas situações não estariam contemplados. Na prática, haveria uma diminuição no reembolso das ações, gerando diminuição na oferta de serviços e de profissionais e aumento das necessidades não atendidas (Tegtmeier; Miller; Shub, 2016).

A defesa deste mecanismo de financiamento tende a impactar especialmente os segmentos da população que dependem do acesso à assistência odontológica contínua, como os mais vulneráveis, entre eles as PcD, razão pela qual pesquisadores de um dos estudos incluídos argumentam que é preciso investir na equidade como princípio norteador da política de saúde, em parcerias profissionais e grupos de interesses comunitários, e atrair os formuladores para enquadrar o modelo no contexto da justiça social (Tegtmeier; Miller; Shub, 2016).

Entretanto, este enquadramento não é uma questão trivial e exige enfrentar as ineficiências geradas pela falta de um sistema integrado, que possa promover uma combinação adequada entre cuidados médico-odontológicos pessoais e medidas de saúde pública, além de implementar mecanismos de financiamento e pagamento ajustados aos riscos de saúde e aos custos dos procedimentos (Chernichovsky; Leibowitz, 2010). Em sistemas de saúde não regulados, onde predomina a lógica do livre mercado, as PcD tendem a ser particularmente prejudicadas. Estudando os efeitos das reformas neoliberais na trajetória dos sistemas de saúde na Grécia e no Chile, analistas comentaram que as PcD podem ser vistas como “corpos caros” que consomem mais recursos e, por isso, deveriam ser responsabilizadas pela própria saúde, ignorando completamente os determinantes sociais da saúde e os princípios da justiça social (Sakellariou; Rotarou, 2017).

As recomendações e expectativas de estudos em países cuja proteção social era orientada por um modelo conservador destacaram a necessidade

de qualificação profissional para os trabalhadores da saúde bucal, atendimento odontológico sistemático e gratuito, integração entre os serviços, trabalho multiprofissional e garantia de financiamento das ações. O contexto fazia referência aos países nórdicos (Suécia, Dinamarca, Noruega, Finlândia e Islândia) e à França, que compartilhavam uma base comum em relação à organização da atenção à saúde por meio de seguro social de caráter obrigatório. A cobertura universal era regulada pelo Estado, financiada por contribuições sociais relacionadas ao trabalho e por impostos, sendo o cuidado à saúde prestado por provedores públicos e privados. Entre as diferenças, destacavam-se variações quanto à participação dos seguros de saúde voluntários no financiamento da atenção à saúde e a extensão e o escopo das estratégias de saúde pública (Winkelmann; Gómez Rossi; Van Ginneken, 2022).

Serviços integrados que exercem a coordenação dos cuidados tendem a aumentar a acessibilidade, especialmente se orientados por uma perspectiva de redes de saúde, pois elas melhoram o acesso ao tratamento e garantem a coordenação, continuidade e multidisciplinaridade da gestão do usuário num determinado território de saúde (Gondlach et al., 2019). Integração e coordenação do cuidado são fundamentais para diminuir as barreiras de acesso aos serviços, em distintos níveis e dentro de um mesmo nível do sistema de saúde (Almeida et al., 2018). Entretanto, o problema da integração de serviços é um desafio comum em muitos sistemas de saúde, notadamente naqueles em que provedores públicos e privados competem entre si. Geralmente, assistência odontológica e médica nesses sistemas operam em domínios separados (silos), com políticas de educação e de saúde paralelas sob diferentes culturas profissionais e modelos de financiamento (Winkelmann; Gómez Rossi; Van Ginneken, 2022). Sem uma abordagem mais ampla que considere o estabelecimento de mecanismos regulatórios voltados à integração de serviços, e a implementação de estratégias de qualificação destinadas a fortalecer o trabalho multiprofissional e a coordenação do cuidado, dificilmente estes desafios serão endereçados em países cuja proteção social é orientada por um modelo conservador.

A garantia de financiamento das ações apareceu como uma expectativa e recomendação levantada pelos autores, no entanto, é preciso considerar

que, a partir de 1970, reformas neoliberais foram implementadas para conter os gastos do Estado de bem-estar social, especialmente na área social, a fim de produzir crescimento econômico (Sakellariou; Rotarou, 2017; Steudler, 1986). Na França e na Bélgica, entre outros países da União Europeia (UE), pagamentos diretos por serviços odontológicos têm representado a maior parte das fontes de financiamento, em decorrência da baixa cobertura por seguros de saúde de assistência odontológica de caráter público ou privado (Winkelmann; Gómez Rossi; Van Ginneken, 2022). Por outro lado, nos países nórdicos, a prestação fora de consultórios privados geralmente inclui cuidados de saúde oral para estatutários, serviços preventivos e cuidados de emergência. A provisão pública é mais pronunciada na Suécia e na Finlândia, onde a maioria dos dentistas trabalha em clínicas odontológicas públicas ou centros de saúde municipais, cujo foco são crianças e adolescentes. Na Noruega, a assistência odontológica obrigatória é prestada por dentistas assalariados, em clínicas de saúde geridas pelas autoridades locais. O setor privado geralmente cuida dos adultos, que podem receber um reembolso do Estado, dependendo do serviço (Winkelmann; Gómez Rossi; Van Ginneken, 2022). No modelo social-democrata, as principais recomendações e expectativas levantadas mencionaram a necessidade de ampliação do acesso à assistência odontológica, com infraestrutura e força de trabalho adequadamente dimensionadas, e maior articulação sistêmica entre os níveis assistenciais. No Brasil, um dos países reportados, a necessidade de ampliação de políticas inclusivas que assegurem maior acessibilidade aos serviços de saúde pelas PcD tem sido mencionada por outros pesquisadores como um fator importante que não vem sendo garantido, comprometendo o princípio da equidade (Castro et al., 2011; Condessa et al., 2020). Como a expansão contínua do subsetor privado é subsidiada pelo Estado brasileiro, o subsetor público se torna subfinanciado (Paim et al. 2011), o que potencialmente compromete sua capacidade de investir na qualidade do cuidado e na ampliação do acesso aos serviços pelas PcD e população em geral. No Reino Unido, outro país analisado, os autores também mencionaram

recomendações nos serviços, a fim de torná-los mais inclusivos e acessíveis, seja por meio de ajustes na sua estrutura física ou por alterações na política que orienta as práticas assistenciais (Merry; Edwards, 2002; Qureshi; Scambler, 2008). Essas mudanças não são simples. Fatores como custo elevado, interrupção por tempo prolongado e falta de incentivos financeiros podem desencorajar os provedores de serviços. Uma comissão de direitos em relação à deficiência estabelecida pelo parlamento britânico tem atuado desde 1999 para monitorar, eliminar a discriminação e promover igualdade de oportunidades (Hurstfield et al., 2004). Em 2007, a comissão foi dissolvida e suas funções assumidas por uma comissão de igualdade e direitos humanos.

A necessidade de ampliação de acesso para redução da desigualdade apareceu como uma recomendação e uma expectativa comum a todos os modelos de proteção social. Ela exige maior disponibilidade de recursos (financiamento adequado) e de estratégias de gestão (investimento em APS como porta preferencial de acesso e integração de serviços) para organizar a rede de cuidados (Menicucci, 2019). Na França, a lei declara que o Estado é responsável por medidas compensatórias para garantir a igualdade de acesso aos cuidados de saúde das PcD. No entanto, não existe um sistema dentro da odontologia francesa que garanta este direito. A resposta local para o problema foi organizar os serviços em redes de atenção, tendo a APS como coordenadora dos cuidados (Gondlach et al., 2019). No Brasil, a APS é a forma de organização do modelo assistencial, de caráter integral e universal (Menicucci, 2019). Algumas expectativas e recomendações levantadas por autores que estudam o acesso odontológico para PcD no modelo liberal destacam a necessidade de centralizar o cuidado na APS, de forma efetiva, eficiente, segura e com foco no usuário (Edelstein, 2007).

Uma ameaça permanente aos direitos das PcD diz respeito às reformas neoliberais. Elas modificaram profundamente os sistemas de saúde em todo o mundo, a partir da década de 1970 e, mais recentemente, em 2008, com a crise financeira global, vários países implementaram programas de ajuste estrutural impactando em diversos setores, entre eles a saúde (Sakellariou; Rotarou, 2017). Um efeito direto destas reformas na saúde, foi a elevação de desigualdade de acesso a serviços

e a ampliação de iniquidades socioeconômicas. Desta forma, as PcD podem ser particularmente prejudicadas devido às suas crescentes necessidades de saúde, o que pode reforçar sua estigmatização (Gondlach et al., 2019; Sakellariou; Rotarou, 2017).

Considerações finais

Este trabalho buscou produzir uma síntese da literatura sobre as expectativas/recomendações dos pesquisadores, em relação à assistência odontológica como um direito à saúde bucal para as PcD. Foram destacados aspectos distintos e comuns, mostrando que tais recomendações têm alcances e limites ligados ao modelo de proteção social adotado nos países onde os estudos foram publicados. No entanto, esta análise não abordou o efeito das políticas de saúde, em especial de saúde bucal, sobre a assistência odontológica às PcD, como, por exemplo, mecanismo de redução de desigualdades de acesso à saúde em países com iguais ou distintos modelos de proteção social. Tampouco foram consideradas possíveis áreas de sombreamento que existem entre diferentes modelos mistos, caracterizados pela diversidade de arranjos entre entes privados sob graus variados de regulação pelo ente público (organizações sociais, parcerias público-privadas), sugerindo a necessidade de estudos nesta linha. Apesar de a ciência ter o papel de subsidiar mudanças estruturais, nem sempre ela é considerada, tendo em vista que a decisão está sujeita a múltiplas determinações do contexto político-social e das distintas conjunturas de cada momento. Outra limitação diz respeito a não inclusão da literatura cinzenta, como leis e atos normativos que orientam a assistência odontológica às PcD nos países com diferentes modelos de proteção social.

Com base nesta revisão, concluiu-se que a ampliação do acesso é uma necessidade compartilhada por todos os estudos incluídos, independentemente do modelo de proteção social adotado. No modelo liberal, as principais expectativas e recomendações foram: a garantia de direito civil e a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal. No modelo conservador destacaram-se a necessidade de qualificação profissional para os trabalhadores da saúde bucal, atendimento odontológico sistemático e gratuito, integração entre os serviços, trabalho multiprofissional e garantia de

financiamento das ações. No modelo social-democrata reivindicou-se a qualificação da infraestrutura e da força de trabalho, além da articulação sistêmica entre os níveis assistenciais. Observou-se um cenário de proposições complexo e, por vezes, contraditório, sujeito a indicações com pouco potencial para mudar a qualidade da resposta, principalmente se não forem considerados os desafios contemporâneos decorrentes das crises econômicas e do Estado de bem-estar social, que implicam graves constrangimentos aos modelos de proteção social e aos direitos das PcD.

Referências

- ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe. 1, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S116
- CARVALHO, L.; ALMEIDA, P. Direitos humanos e pessoas com deficiência: da exclusão à inclusão, da proteção à promoção - Inclusive - Inclusão e Cidadania. *Revista Internacional de Direito e Cidadania*, João Pessoa, v. 12, 2012.
- CASTRO, S. S. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, 2011. DOI: 10.1590/S0034-89102010005000048
- CHERNICHOVSKY, D.; LEIBOWITZ, A. A. Integrating public health and personal care in a reformed US health care system. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 100, n. 2, 2010. DOI: 10.2105/AJPH.2008.156588
- CONDESSA, A. M. et al. Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 29, n. 5, 2020. DOI: 10.1590/S1679-49742020000500001
- DAVIES, K. W.; HOLLOWAY, P. J.; WORTHINGTON, H. V. Dental treatment for mentally handicapped adults in general practice: parents' and dentists' views. *Community Dental Health*, London, v. 5, n. 4. p. 381-387, 1988.
- DE LOUREIRO MAIOR, I. M. M. Movimento político das pessoas com deficiência: reflexões

- sobre a conquista de direitos. *Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação e Biblioteconomia*, Brasília, DF, v. 13, n. 2, 2018.
- DE PAULA, A. R.; MAIOR, I. M. M. L. Um mundo de todos e para todos: universalização de direitos e direito à diferença. *Revista de Direitos Humanos*, Brasília, DF, v. 1, p. 34-39, 2008.
- DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. Deficiência, direitos humanos e justiça. *Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos*, São Paulo, v. 6, n. 11, 2009. DOI: 10.1590/S1806-64452009000200004
- EDELSTEIN, B. L. Conceptual frameworks for understanding system capacity in the care of people with special health care needs. *Pediatric Dentistry*, Chicago, v. 7, n. 2, p. 108-116, 2007.
- ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, São Paulo, n. 24, 1991. DOI: 10.1590/S0102-64451991000200006
- GLASSMAN, P.; SUBAR, P. Improving and maintaining oral health for people with special needs. *Dental Clinics of North America*, Amsterdam, v. 52, n. 2, p. 447-461, 2008. DOI: 10.1016/j.cden.2007.11.002
- GONDLACH, C. et al. Evaluation of a care coordination initiative in improving access to dental care for persons with disability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 16, n. 15, 2019. DOI: 10.3390/ijerph16152753
- HADDAD, A. S.; TAGLE, E. L.; PASSOS, V. A. B. Momento atual da Odontologia para pessoas com deficiência na América Latina: situação do Chile e Brasil. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, v. 70, n. 2, p. 132-140, 2016.
- HURSTFIELD, J. et al. *Monitoring the Disability Discrimination Act (DDA) 1995 - Phase 3*. Stratford upon Avon: Disability Rights Commission, 2004.
- MENICUCCI, T. Política de saúde do Brasil: continuidades e inovações. In: ARRETCHE, M.; MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. (Org.). *As políticas da política: desigualdades e inclusão nos governos do PSDB e do PT*. São Paulo: Unesp, 2019. p. 191-216
- MERRY, A. J.; EDWARDS, D. M. Disability part 1: The Disability Discrimination Act (1995) - Implications for dentists. *British Dental Journal*, London, v. 193, n. 4, 2002. DOI: 10.1038/sj.bdj.4801522
- MONTEIRO, L. P. A. et al. O conhecimento de deficientes visuais em relação à saúde bucal. *Revista Ciência Plural*, Natal, v. 4, n. 1, 2018. DOI: 10.21680/2446-7286.2018v4n1ID14476
- MOTA, P. H. S.; BOUSQUAT, A. Deficiência: palavras, modelos e exclusão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, 2021.
- OLOFSSON, H. et al. Can abstract screening workload be reduced using text mining? User experiences of the tool Rayyan. *Research Synthesis Methods*, Hoboken, v. 8, n. 3, p. 275-280, 2017. DOI: 10.1002/jrsm.1237
- ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Convenção sobre os direitos das pessoas deficientes e protocolo facultativo à convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência*. Brasília, DF: Unicef, 1975. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>>. Acesso em: 13 nov. 2022.
- PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8
- QURESHI, B.; SCAMBLER, S. The Disability Discrimination Act and Access: practical suggestions. *Dental update*, London, v. 35, n. 9, p. 6, 2008. DOI: 10.12968/denu.2008.35.9.627
- SAKELLARIOU, D.; ROTAROU, E. S. The effects of neoliberal policies on access to healthcare for people with disabilities. *International Journal for Equity in Health*, v. 16, n. 1, 2017. DOI: 10.1186/s12939-017-0699-3
- STEUDLER, F. The state and health in France. *Social Science and Medicine*, Amsterdam, v. 22, n. 2, 1986. DOI: 10.1016/0277-9536(86)90070-5
- SURABIAN, S. R. Americans with disabilities act: its importance in special care dentistry. *Dental Clinics of North America*, Amsterdam, v. 60, n. 3, p. 627-647, 2016. DOI: 10.1016/j.cden.2016.02.008
- TEGTMIEIER, C. H.; MILLER, D. J.; SHUB, J. L. The Impending Oral Health Crisis. *The New York State Dental Journal*, Albany, v. 82, n. 3, 2016.

VAN GRUNSVVEN, M. F. Dental care for the mentally retarded. *Ned Tydschr Tandheelkd*, v. 14, n. 83, 1976.

VAN GRUNSVVEN, M. F.; CARDOSO, E. B. T. Atendimento Odontológico em Crianças Especiais. *Revista da APCD*, São Paulo, 1995.

WALDMAN, H. B. Special pediatric population groups and their use of dental services. *ASDC Journal of Dentistry for Children*, Chicago, v. 56, n. 3, p. 211-215, 1989.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, Hoboken, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WINKELMANN, J.; GÓMEZ ROSSI, J.; VAN GINNEKEN, E. Oral health care in Europe: Financing, access and provision. *Health Systems in Transition*, Copenhagen, v. 4, n. 2, p. 1-176, 2022.

Contribuição dos autores

Cameiro e Frazão contribuíram com a concepção do trabalho, a análise e interpretação dos dados, a elaboração e revisão crítica para o conteúdo intelectual e a aprovação da versão final a ser publicada.

Recebido: 6/12/2023

Aprovado: 8/12/2023