

PEDRO DAVID ALVES DA SILVA

**ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE ORAL POR
PARTE DE PESSOAS COM NECESSIDADES DE
SAÚDE ESPECIAIS NA REGIÃO DO ALGARVE**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

2020

PEDRO DAVID ALVES DA SILVA

**ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE ORAL POR
PARTE DE PESSOAS COM NECESSIDADES DE
SAÚDE ESPECIAIS NA REGIÃO DO ALGARVE**

Dissertação para obter o Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof.º Dr.º José Manuel Sousa de São José

Prof.ª Dr.ª Carla Alexandra da Encarnação Filipe Amado



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

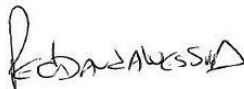
2020

ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE ORAL POR PARTE DE PESSOAS COM NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS NA REGIÃO DO ALGARVE

Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Pedro David Alves da Silva



© **Copyright:** Pedro David Alves da Silva

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

DEDICATÓRIA

A todos os que motivaram, apoiaram e incentivaram...

AGRADECIMENTOS

Quero deixar aqui uma mensagem de apreço e agradecimento ao meu orientador Professor Doutor José de São José e à minha orientadora Professora Doutora Carla Amado pela disponibilidade e por partilharem comigo a sua experiência e sentido crítico, sem o qual não teria sido possível realizar este trabalho.

Agradeço também a todos aos profissionais das instituições e associações que colaboraram e estiveram disponíveis para agilizar o preenchimento dos questionários junto dos pais, cuidadores ou clientes.

Não posso deixar de referir aqui as Instituições e Associações que participaram neste estudo e às quais, manifesto o meu profundo agradecimento: Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral de Faro (APPC); Fundação Irene Rolo (FIR); Associação de Saúde Mental do Algarve (ASMAL); Associação Algarvia de Pais e Amigos de Crianças Diminuídas Mentais (AAPACDM); Associação Cultural de Apoio Social de Olhão (ACASO); Associação de Apoio à Pessoa Excepcional do Algarve (APEXA); Associação de Portadores de Trissomia 21 do Algarve (APATRIS 21); Associação Portuguesa para Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Portimão (AAPDA); Associação Rafael Carole; Associação para Integração e Reabilitação de Populações Deficientes e Desfavorecidas (EXISTIR) e Associação dos Doentes Mentais Famílias e Amigos do Algarve (UNIR). A todas elas um bem-haja.

Por último, quero agradecer à minha Família pelo apoio e motivação constante, pelas críticas e sugestões pertinentes, e sobretudo, por acreditarem...

RESUMO

As pessoas com necessidades de saúde especiais (NSE) têm pior saúde oral do que a população em geral, e têm mais barreiras de acesso a consultas de saúde oral. Este trabalho teve como objetivo estudar o acesso a consultas de saúde oral por parte de pessoas com NSE da região do Algarve. Foram incluídas neste estudo 209 pessoas com NSE de 11 instituições e associações da região. Os dados foram recolhidos através de questionários. Para estudar as barreiras de acesso foi utilizado um modelo conceptual que teve por base 6 dimensões, nomeadamente, “Acessibilidade”, “Disponibilidade de serviços e informação”, “Aceitabilidade”, “Adequabilidade”, “Esforço financeiro” e “Apropriado às necessidades especiais”. Foi realizada uma análise estatística através de frequências simples e foram conduzidos testes de hipóteses com recurso ao teste do Chi-Quadrado para a independência. Os resultados obtidos permitiram identificar que 50% das pessoas com NSE não faz consultas regulares de saúde oral, 18,8% nunca teve uma consulta e 16,8% não conseguiu ter consulta no último ano quando precisou. As principais barreiras de acesso percecionadas pelos respondentes foram as dimensões “Apropriado às necessidades especiais” (34,9%, N=73) e “Disponibilidade de serviços e informação” (29,7%, N=62). Os fatores que mais se associaram à utilização regular de serviços de saúde oral foram: a dimensão “Disponibilidade de serviços e informação” ($p<0.000$; $V=0.32$); o grau de independência na realização de higiene oral ($p<0.000$; $V=0.29$) e o grau de satisfação com serviços de saúde oral ($p<0.000$; $V=0.35$). Embora uma parte das pessoas com NSE da região do Algarve tenha acedido a consultas de saúde oral, verificaram-se barreiras de acesso. Para melhorar o acesso sugere-se o aumento da disponibilidade de serviços de saúde oral preparados para ultrapassar o problema da colaboração e o medo das consultas. Por outro lado, sugere-se uma maior sensibilização e informação aos pais e cuidadores sobre a importância de consultas regulares de saúde oral desde as idades mais jovens.

Palavras-chave: acesso, saúde oral, necessidades de saúde especiais, deficiência.

ABSTRACT

People with special health needs (SHN) have worse oral health than the general population, and face more barriers to access oral health appointments. This work aimed to study the access to oral health appointments by people with SHN in the Algarve region. This study included 209 people with SHN from 11 institutions and associations in the region. The data were collected through questionnaires. To study access barriers, a conceptual model was used, based on 6 dimensions, namely, "Accessibility", "Availability of services and information", "Acceptability", "Accommodation", "Affordability" and "Appropriate to special needs". A statistical analysis was performed using descriptive statistics and hypothesis tests conducted using the Chi-Square test of independence. The results obtained allowed us to identify that 50% of people with SHN do not have regular oral health appointments, 18.8% never had an appointment and 16.8% were unable to have an appointment in the last year when needed. The main barriers of access perceived by the respondents were the dimensions "Appropriate to special needs" (34.9%, N=73) and "Availability of services and information" (29.7%, N=62). The factors that were most associated with the regular use of oral health services were: the dimension "Availability of services and information" ($p < 0.000$; $V=0.32$); the degree of independence in performing oral hygiene ($p < 0.000$; $V=0.29$) and the degree of satisfaction with oral health services ($p < 0.000$; $V=0.35$). Although a part of the people with SHN in the Algarve region accessed oral health appointments, access barriers were perceived. To improve access, it is suggested to increase the availability of oral health services prepared to overcome the problem of collaboration and the fear of appointments. On the other hand, this study also emphasizes the relevance of providing information to parents and caregivers about the importance of regular oral health appointments from young age.

Keywords: access, oral health, special health needs, disability.

ÍNDICE GERAL

	Página
Índice de Figuras	X
Índice de Tabelas	XI
Índice de Abreviaturas	XII
1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1. Saúde Oral	16
2.2. Necessidades de Saúde Especiais	18
2.3. Saúde Oral nas Pessoas com Necessidades de Saúde Especiais e Especificidades dos Cuidados de Saúde oral para estas Pessoas	26
2.4. Equidade e Acesso a Cuidados de Saúde	28
2.4.1. Equidade nos Cuidados de Saúde	28
2.4.2. Acesso a Cuidados de Saúde	29
2.4.3. Acesso a Serviços de Saúde Oral por Parte de Pessoas com NSE	33
2.5. Barreiras de Acesso a Cuidados de Saúde Oral a Pessoas com NSE	38
3. CUIDADOS DE SAÚDE ORAL EM PORTUGAL	45
3.1. Programa Nacional de Promoção para a Saúde Oral	45
3.2. Consultas de Medicina Dentária nos Centros de Saúde	46
3.3. Serviços de Estomatologia dos Hospitais Públicos na Região do Algarve	47
3.4. Serviços de Saúde Oral Privados na Região do Algarve	47
3.5. Programa de Saúde Oral para Pessoas com NSE	48
4. MODELO CONCEPTUAL E METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	50
4.1. Modelo Conceptual	50
4.2. Objetivos e Hipóteses de Investigação	54
4.3. População Alvo e Amostra	56
4.4. Desenho do Questionário	57
4.5. Apresentação das Variáveis em Estudo	58
4.6. Análise de Dados	64
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	67
5.1. Caracterização da amostra	67
5.2. Caracterização da Utilização de Serviços de Saúde Oral	75
5.3. Perceção de Barreiras de Acesso ao Nível de Cada uma das Dimensões	80

5.4. Fatores que se Associam à Utilização Regular de Serviços de Saúde oral e ao Nível de Satisfação com Serviços de Saúde Oral	86
5.5. Fatores que se Associam ao Estado de Saúde Oral Percecionado	90
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	95
7. CONCLUSÕES	103
Referências bibliográficas	108
Anexos	117
Anexo 1- Fatores sociodemográficos -Tabela A1	118
Anexo 2- Características das consultas de saúde oral-Tabela A2	119
Anexo 3- Percepção de barreiras no acesso a consultas de saúde oral-Tabela A3	122
Anexo 4- Fatores associados à utilização regular de serviços de saúde oral-Tabela A4	123
Anexo 5- Fatores associados ao nível de satisfação com serviços de saúde oral-Tabela A5	126
Anexo 6- Fatores associados ao estado de saúde oral percecionado-Tabela A6	128
Anexo 7- Questionário aplicado	131
Anexo 8- Consentimento informado	139

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1	Modelo conceptual de Owens et al. (2011)
Figura 4.1	Modelo conceptual de análise
Figura 5.1	Quem responde ao questionário
Figura 5.2	Idade da pessoa com NSE
Figura 5.3	Sexo da pessoa com NSE
Figura 5.4	Escolaridade da pessoa com NSE
Figura 5.5	Escolaridade do pai e da mãe
Figura 5.6	Situação perante o trabalho / escola
Figura 5.7	Benefício de pensão
Figura 5.8	Situação profissional do pai e da mãe
Figura 5.9	Situação residencial
Figura 5.10	Local de residência
Figura 5.11	Diagnóstico de NSE
Figura 5.12	Independência no andar
Figura 5.13	Independência na realização de higiene oral
Figura 5.14	Grau de importância que atribui à saúde oral
Figura 5.15	Satisfação com serviços de saúde oral
Figura 5.16	Estado de saúde oral percebido
Figura 5.17	Utilização regular de serviços de saúde oral
Figura 5.18	Periodicidade das consultas de rotina
Figura 5.19	Necessidades não satisfeitas no último ano
Figura 5.20	Já teve alguma vez uma consulta de saúde oral?
Figura 5.21	Local de realização da última consulta
Figura 5.22	Há quanto tempo foi realizada a última consulta?
Figura 5.23	Razão para a consulta de saúde oral
Figura 5.24	A última consulta foi paga de que forma?
Figura 5.25	Tempo gasto até ao local da consulta
Figura 5.26	Perceção de barreiras em cada uma das dimensões
Figura 5.27	N.º de pessoas que identificaram barreiras de acesso, por dimensão, com repartição entre as que fazem e não fazem consultas de saúde oral de rotina
Figura 5.28	Fatores que se associam à utilização regular de serviços de saúde oral e ao nível de satisfação com serviços de saúde oral
Figura 5.29	Fatores que se associam ao estado de saúde oral percebido

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 4.1	Variáveis das 6 dimensões das barreiras de acesso
Tabela 4.2	Exemplo da codificação na primeira fase, das respostas na variável dummy
Tabela 4.3	Exemplo da codificação na segunda fase, das respostas na variável dummy
Tabela 4.4	Agrupamento de variáveis
Tabela 5.1	Barreiras de acesso percebidas em cada uma das dimensões
Tabela A1	Fatores sócio-demográficos
Tabela A2	Características das consultas de saúde oral
Tabela A3	Percepção de barreiras no acesso a consultas de saúde oral
Tabela A4	Fatores associados à utilização regular de serviços de saúde oral
Tabela A5	Fatores associados ao nível de satisfação com serviços de saúde oral
Tabela A6	Fatores associados ao estado de saúde oral percebido

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
APPC	Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral
IPSS	Instituições Particulares de Segurança Social
NSE	Necessidades de Saúde Especiais
OMD	Ordem dos Médicos Dentistas
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SISO	Sistema de Informação para a Saúde Oral

1. INTRODUÇÃO

As populações mais vulneráveis utilizam menos os serviços de saúde do que a população em geral quando tem necessidade de tratamentos de emergência ou dor. Isto poderá dever-se a barreiras no acesso a cuidados de saúde por parte destas populações, gerando iniquidades em saúde (Patel, 2012). Convém desde já definir o que se entende por iniquidades em saúde. Whitehead (1992) define iniquidades como sendo diferenças que, para além de desnecessárias e evitáveis, são também injustas. Esta será a definição adotada neste estudo.

As organizações de saúde mundiais e os sistemas de saúde nacionais têm nos últimos anos vindo a trazer para cima da mesa a necessidade de combater as iniquidades em saúde, de forma a melhorar o acesso a serviços de saúde e que estes sejam adaptados às necessidades das pessoas (Barros e Lourenço, 2016).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (2012 -2016 com extensão a 2020) da Direção Geral da Saúde, apresenta como um dos principais eixos estratégicos a equidade e o acesso adequado a cuidados de saúde de grupos particularmente vulneráveis como é o caso de portadores de deficiência ou doença rara. O mesmo documento refere que as iniquidades em saúde podem ser minoradas através de ações intersectoriais, de outras instituições e da comunidade, a nível regional e local, e que a implementação de projetos específicos no âmbito do Sistema Nacional de Saúde (SNS) dirigidos a ganhos em saúde, reduzem as iniquidades em saúde quando dirigidos a grupos vulneráveis, quando melhoram a sua efetividade e se disseminam como boas práticas.

Por outro lado, a lei de bases em saúde no SNS no artigo 23.º alínea d) reforça a necessidade de “garantir a equidade de acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados” (Lei de Base em Saúde XXIV).

A saúde oral é considerada como um fator importante para o bem-estar e manutenção de um bom estado de saúde geral, já que as doenças orais podem levar à perda de dentes, dor e infeções, tendo assim impacto na aparência das pessoas, na forma como elas falam, mastigam e saboreiam os alimentos, e também da forma como elas socializam (Sheiham, 2005). Acrescentando, uma má saúde oral tem um impacto social e

económico nas pessoas e é uma fonte geradora de iniquidades em saúde (Fishers et al., 2018).

Nos grupos mais vulneráveis, como as pessoas portadoras de deficiência, a saúde oral é no geral pior do que na população em geral, devido às limitações que têm em adotar comportamentos que promovam ou mantenham um bom estado de saúde oral (Pereira et al., 2010). Acresce ainda o facto de que as necessidades de saúde oral não satisfeitas entre as pessoas portadoras de deficiência são mais comuns porque estas pessoas têm maior dificuldade em aceder a serviços de saúde oral (Davis, 2009). Nos estudos de Leroy e Declerck (2013a) e Craig et al. (2019) foram encontradas baixas taxas de utilização de consultas de saúde oral entre pessoas com deficiências.

Embora existam trabalhos de investigação realizados noutros países que estudam o problema do acesso de populações portadoras de deficiência a serviços de saúde oral, são poucos os trabalhos realizados em Portugal que exploram esta problemática. De modo a contribuir para o conhecimento deste tema, é apresentado este trabalho que tem como objetivo geral estudar o acesso a cuidados de saúde oral por parte de pessoas com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) que vivem na região do Algarve e a sua relação com o estado de saúde oral percecionado. Para concretizar este objetivo geral, foram formulados 5 objetivos específicos de investigação:

Objetivo n.º 1 - Caracterizar a utilização de serviços de saúde oral por pessoas com NSE na região do Algarve;

Objetivo n.º 2 – Identificar as barreiras de acesso a consultas de saúde oral percecionadas por pessoas com NSE na região do Algarve;

Objetivo n.º 3 – Estudar os fatores que se associam à utilização regular de serviços de saúde oral das pessoas com NSE na região do Algarve;

Objetivo n.º 4 – Estudar os fatores que se associam ao nível de satisfação das pessoas com NSE com os serviços de saúde oral na região do Algarve;

Objetivo n.º 5 – Estudar os fatores que se associam ao estado de saúde oral percecionado das pessoas com NSE na região do Algarve.

Este trabalho está organizado em sete capítulos que permitem, clarificar o problema, apresentar a metodologia da análise, apresentar os dados recolhidos, interpretar os

resultados obtidos e estabelecer conclusões que possibilitem responder aos objetivos do tema desta investigação.

No capítulo um faz-se o enquadramento do tema e explicam-se os objetivos do estudo. No capítulo dois é apresentada a revisão de literatura que clarifica o que é a saúde oral, o que são necessidades de saúde especiais, as suas principais características, e o que é a saúde oral nas pessoas com necessidades de saúde especiais. Neste capítulo são também abordadas questões relacionadas com a equidade e o acesso a cuidados de saúde e procura-se esclarecer o conceito de acesso a serviços de saúde oral por parte de pessoas com necessidades de saúde especiais. Também neste capítulo revêm-se alguns estudos que abordam as barreiras de acesso a consultas de saúde oral por parte de pessoas com NSE. No capítulo três faz-se uma descrição dos cuidados de saúde oral em Portugal com uma perspetiva sobre a oferta de serviços de saúde oral públicos e privados. Procura-se aqui também identificar os programas de saúde oral direccionados para pessoas com necessidades de saúde especiais. No quarto capítulo apresenta-se o modelo conceptual, indicam-se os objectivos específicos e hipóteses de investigação. Neste capítulo descreve-se ainda a metodologia de investigação, identificam-se as variáveis em estudo e apresenta-se a análise estatística realizada. No quinto capítulo, apresentam-se os resultados que permitem responder aos objetivos deste estudo. No sexto capítulo, faz-se a discussão dos resultados encontrados, comparando-os com resultados obtidos noutros estudos. Por fim, no sétimo e último capítulo, estabelece-se uma conclusão, discutindo as principais limitações do estudo e apresentando sugestões de investigação futura.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Saúde Oral

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde oral no Relatório Mundial da Saúde Oral em 2003 como sendo mais do que ter dentes saudáveis, sendo integrada na saúde geral e essencial ao bem-estar e implica ausência de dor crónica oro-facial, cancro orofaríngeo, lesões nos tecidos orais, defeitos de nascença como fenda labial e palatina, e de outras desordens e doenças que afetem a boca, dentes e tecidos orais, coletivamente conhecido como complexo craniofacial.

No mesmo relatório, é referido que as doenças orais são as mais comuns, afetam milhões de pessoas em todo mundo ao longo da sua vida e restringem as suas actividades no seu dia-a-dia, para além disso, cuidados de saúde oral adequados podem reduzir a mortalidade prematura, através da deteção precoce de doenças orais graves como o cancro oral, infeções, lesões e desordens imunológicas (OMS, 2003).

É importante realçar que embora a definição de saúde oral seja mais abrangente, esta não diminui a relevância das duas principais doenças orais em todo o mundo, a cárie dentária e as doenças periodontais (OMS, 2003).

Pela sua elevada prevalência e incidência, as doenças orais constituem um problema sério nos sistemas de saúde públicos face aos elevados custos diretos e indiretos que comportam (Sheiham, 2005). Os principais factores de risco são comuns a outras doenças, uma alimentação rica em açúcares, maus hábitos de higiene oral, consumo de álcool, tabaco e drogas (Sheiham, 2005).

A perceção que os indivíduos têm sobre a saúde oral e sobre a necessidade de a manter, bem como factores sociais como educação, rendimentos familiares e aspectos culturais, estão directamente relacionados com a saúde oral, com a saúde geral e com a qualidade de vida (Hellen et al., 1995).

A manutenção de uma boa saúde oral depende de o indivíduo ser capaz de ter bons hábitos de higiene oral, promovendo uma boca livre de placa bacteriana, executando uma correta técnica de escovagem dos dentes e de uso de fio dentário, que permitam higienizar corretamente as superfícies dos dentes (Sherman et al., 2008).

A utilização regular de pastas de dentes com flúor é um dos mais importantes meios de prevenção da cárie dentária, porque contribui para remineralizar o esmalte dentário e inibe a ação cariogénica da placa bacteriana, prevenindo assim o início e a progressão da cárie dentária (Lima e Cury, 2001).

Um dos fatores com impacto na saúde oral é o acesso a tratamentos dentários, sobretudo nas idades mais jovens (Carvalho et al., 2001). Por outro lado, o acesso a tratamentos dentários preventivos, nas idades mais jovens, reduz a necessidade de tratamentos mais tarde e consequentemente os custos monetários associados (Savage et al., 2004; Nowak et al., 2014).

De acordo com o Barómetro de Saúde Oral realizado pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) em 2018, só 29,8 % da população portuguesa tem a dentição completa e 55,5 % da população tem falta de dentes e não tem dentes de substituição. Os custos associados às consultas e tratamentos dentários continuam a ser uma barreira de acesso. A perceção que a maioria das famílias portuguesas tem é a de que a medicina dentária é mais cara do que as restantes áreas médicas (OMD, 2018).

Foi apresentado em 2015 o III estudo nacional de prevalência das doenças orais em Portugal realizado pela Direção Geral de Saúde (DGS). Este estudo, em linha com a necessidade de monitorização dos indicadores de saúde por parte da DGS, avaliou entre outros indicadores, a acessibilidade aos serviços de cuidados de saúde oral aos 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos a nível nacional e regional. A amostra foi aleatória e abrangeu a população em geral, sendo que na região do Algarve responderam 919 pessoas de toda a região. De salientar que no questionário preenchido pelos utentes da região do Algarve, na resposta à pergunta - Qual o motivo pelo qual não consultou um profissional nos últimos 2 anos? Os custos com os tratamentos foram motivo para não ter consulta em 21.9%, 60%, e 33,3% nas faixas etárias de 18, 35-44 e 65-74 anos, respetivamente. Na mesma região, a consideração das consultas como não sendo uma prioridade foi motivo para não terem tido consulta nos últimos dois anos, em 46.9%, 23.1%, 51.6% dos inquiridos de 18, 35-44 e 65-74 anos, respetivamente (DGS, 2015).

No mesmo estudo, verificou-se que apenas 43% das crianças de 6 anos tiveram consulta com um profissional de saúde oral, contrastando com os 99.5% e 97,4% nas faixas etárias dos 12 e 18 anos, respetivamente. Quando questionados sobre se tiveram consultas com um profissional de saúde oral nos últimos 12 meses, a faixa etária dos

65-74 anos teve a taxa de resposta mais reduzida com 39.3%, seguindo-se a faixa etária dos 35 -44 anos com 46.7% (DGS, 2015).

Questionados sobre a existência de uma clínica ou um consultório dentário a menos de 30 minutos do local onde trabalha ou vive, a taxa de respostas afirmativas foi superior a 90 % em todas as faixas etárias (DGS, 2015).

As estratégias de programas comunitários de prevenção e tratamento de doenças orais têm sido ajustadas à evolução do conceito de saúde oral. A definição de indicadores de saúde ajustados permite monitorizar o estado da saúde oral de uma população e ajudar a estabelecer políticas de saúde mais racionais e uma distribuição de recursos mais lógica, eficiente e eficaz na prevenção e tratamento de doenças orais (DGS, 2015).

2.2. Necessidades de Saúde Especiais (NSE)

A OMS publicou em 1980 a tabela de classificação internacional de deficiência, incapacidade e desvantagem. Nela, define-se “deficiência em contexto de saúde como qualquer perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica” (OMS, 1980: 47). Caracteriza-se a mesma por “perda ou anormalidade que pode ser temporária ou permanente, e que inclui a existência ou ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido, ou outra estrutura do corpo, incluindo os sistemas de função mental. A deficiência representa a exteriorização de um estado patológico e em princípio reflete distúrbios ao nível dos órgãos” (OMS: 1980: 47). Na mesma tabela define-se incapacidade como restrição ou falta (resultante de deficiência) de habilidade para realizar uma atividade de um modo considerado normal para um ser humano (OMS, 1980: 143).

A designação “deficiência” tem vindo a ser substituída pela designação “incapacidade”. A OMS abrange na definição “incapacidade” as situações de deficiência, limitações de atividade e restrições à participação. A deficiência é definida como um problema na função e/ou estrutura do corpo; a limitação de actividades é definida como dificuldade encontrada pelo individuo em realizar uma tarefa ou função e a restrição à participação é definida como um problema experienciado pelo individuo em situações da sua vida (OMS, 2018).

De acordo com a OMS (2018), existe em todo o mundo mais de um bilhão de pessoas com incapacidade e 200 milhões têm limitações consideráveis na realização das suas atividades quotidianas. O tema da incapacidade e os problemas com ela relacionados vão ser um tema central nas políticas públicas dos países devido ao aumento do número de pessoas portadoras de deficiência em todo o Mundo (OMS, 2018).

Em Portugal não existem dados estatísticos recentes em relação ao número de pessoas com necessidades de saúde especiais por tipo de necessidades de saúde especiais. De acordo com o Censos realizado em 2001, em Portugal existiam 70994 pessoas com doença mental, 15009 pessoas com paralisia cerebral e 146069 pessoas com outro tipo de deficiência não especificada excluindo-se aqui pessoas com deficiência auditiva, motora e visual (PORDATA, 2001). No Censos de 2011 foram adotados os indicadores de deficiência do Grupo de Washington, criado pela Comissão de Estatística da Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2001. O objetivo da criação destes indicadores foi o de permitir uma comparação entre países do número de pessoas com deficiência e o de avaliar as dificuldades para desempenhar certas atividades devido a um problema de saúde (OMS, 2011). Os tipos de dificuldades estudadas foram: dificuldade em ver, ouvir, andar ou subir degraus, memória ou concentração, tomar banho ou vestir-se sozinho, compreender os outros ou fazer-se compreender (Censos 2011 – Instituto Nacional de Estatística). Os dados apresentados neste Censos de 2011 mostram que cerca de 65504 pessoas em Portugal não conseguem compreender os outros ou fazer-se compreender e que 97467 tem problemas em memorizar ou concentrar-se. No entanto, estes indicadores não permitem aferir, por exemplo, quantas pessoas com paralisia cerebral ou com doença mental existem em Portugal. Por outro lado, esse estudo revela que, em Portugal no ano de 2011, cerca de 13950 pessoas frequentavam Centros de Atividades Ocupacionais (CAO).

Na literatura revista foram encontradas diversas designações: deficiência, deficiência física, deficiência visual, incapacidade motora, incapacidade, atraso de desenvolvimento, atraso de aprendizagem, incapacidade intelectual, incapacidade mental, atraso mental são alguns exemplos das designações usadas nos artigos estudados. Além disso, o leque de condições abrangidas por estas definições é muito vasto. Por exemplo, pessoas com autismo, síndrome de Down ou deficiência mental estão agregadas por alguns autores, dentro da definição de incapacidade de desenvolvimento (Koneru e Sigal, 2009). Enquanto que para outros autores estas

condições estão incluídas dentro da definição de deficiência motora (Cardoso et al., 2011).

Por outro lado, em 1998 a Divisão Federal de Serviços de Saúde Materno-Infantil para Crianças com Necessidades Especiais de Cuidados de Saúde dos Estados Unidos da América apresentou uma definição do conceito de crianças com necessidades especiais de cuidados de saúde, como sendo: as que têm ou estão em risco aumentado de ter condições crônicas físicas, de desenvolvimento, comportamentais ou emocionais e que requerem cuidados de saúde e tipos de serviços de saúde que vão para além dos que necessitam as crianças em geral (McPherson et al., 1998). Esta definição tem sido utilizada em vários estudos justificando-se por ser mais inclusiva e permitindo a utilização em crianças com condições complexas, ausência de diagnóstico concreto sendo uma abordagem mais flexível, na medida em que reconhece que as necessidades podem mudar ao longo do tempo, de acordo com o período de desenvolvimento da criança (O'Connor et al., 2015; McPherson et al., 1998; Newacheck et al., 1998).

No âmbito desta dissertação de mestrado a designação que vai ser utilizada de forma generalista é pessoa com necessidades de saúde especiais (NSE) e no âmbito do tema desta investigação o termo NSE vai abranger crianças, jovens e adultos, portadores de síndrome de Down, autismo, deficiência intelectual, paralisia cerebral e outras condições que afetem intelectualmente a população estudada.

De forma a clarificar as limitações físicas e intelectuais bem como identificar alguns aspectos relevantes e com impacto na saúde oral, faz-se de seguida uma breve caracterização de alguns dos tipos de NSE que são alvo de estudo neste projecto de investigação e que são, dentro da literatura revista, os maiores grupos de NSE – síndrome de Down, paralisia cerebral, autismo e deficiência intelectual.

Síndrome de Down ou Trissomia 21

A síndrome de Down deve o seu nome a John Langdon Down que, em 1866, descreveu pela primeira vez as características clínicas da síndrome (Bizarra, 2008).

A síndrome de Down é provocada por uma anomalia no cromossoma 21, que em vez de possuir dois cromossomas, possui três, dando a designação de trissomia 21. Estas

alterações ocorrem nos genes desde a formação do embrião humano mas não têm causa hereditária e modificam o desenvolvimento físico e intelectual com maior ou menor gravidade. Tais alterações são evidentes desde o nascimento, conferindo também características específicas da síndrome que são facilmente identificáveis (Silva, 2002).

A proporção de novos casos de síndrome de Down em cada ano é de 1 para 800 recém-nascidos e a probabilidade de ter uma criança com a síndrome de Down aumenta com a idade materna. Mais de 70 % das crianças com síndrome de Down têm mães com idade igual ou superior a 35 anos (Bizarra, 2008).

Exames pré-natais como a amniocentese permite detetar a presença da síndrome no feto e as mães em que é detetada a anomalia cromossómica no feto podem optar por interromper a gestação (Flórez, 2007).

Ao nível comportamental, a pessoa com síndrome de Down é, no geral, uma pessoa afetiva e bem-humorada. Mas apresenta incapacidade intelectual que pode variar desde o leve até ao severo, graduando assim a sua personalidade e o seu comportamento, existindo um comprometimento do processo de aprendizagem e capacidade de compreensão (Silva, 2002).

De acordo com Bizarra (2008) a pessoa com síndrome de Down apresenta algumas características físicas próprias, as quais iremos sintetizar de seguida. Ao nível dos olhos apresentam um formato oblíquo das pálpebras e podem apresentar problemas de visão. Ao nível das mãos é comum encontrar uma prega palmar única. Pessoas com síndrome de Down são geralmente de baixa estatura, apresentam um pescoço curto e nariz achatado. O envelhecimento é precoce e sofrem no geral de obesidade. É comum estas pessoas terem anomalias físicas ao nível do coração o que aumenta a probabilidade de sofrer infecções bacterianas a esse nível.

Ainda de acordo com Bizarra (2008), verifica-se que nas pessoas com síndrome de Down, ao nível da boca, algumas características comuns são o atraso na erupção dos dentes, o tamanho dos dentes pode ser inferior, a língua geralmente apresenta fissuras e o tamanho é geralmente maior do que o normal, o que provoca protusão da língua e respiração pela boca. Estas características podem influenciar a mastigação, a fala e a capacidade de engolir os alimentos (Bizarra, 2008).

A prevalência de cárie dentária nestas pessoas é baixa, quando comparada com a população em geral, no entanto, verifica-se uma prevalência elevada de doença periodontal que poderá estar relacionada com deficiências no sistema imunitário e também por maus hábitos de higiene oral (Mugayar et al., 2000).

Paralisia cerebral

A paralisia cerebral descreve um grupo de desordens de desenvolvimento, movimento e de postura do corpo, permanentes, que provocam limitação das atividades e que têm origem numa lesão durante o desenvolvimento do sistema nervoso central, no feto ou na criança (Rosenbaum et al., 2006).

As causas da paralisia cerebral são variadas e podem ocorrer ainda no feto através de: infecções como por exemplo a rubéola, exposição a radiações ou uso de drogas e álcool pelas mães (Mugayar, 2000). As causas podem também ocorrer durante o parto como trauma cerebral, deficiente oxigenação do cérebro, prematuridade, ou ocorrer depois do parto como traumas que afetem o cérebro ou meningite (Mugayar, 2000).

A paralisia cerebral afeta aproximadamente duas a três pessoas em cada mil e é considerado o problema de desenvolvimento mais comum nas crianças (Dougherty, 2009). Os problemas físicos mais comuns destas pessoas são problemas motores com limitação ou incapacidade em usar correctamente os braços e as pernas, afetando assim a sua mobilidade (Dougherty, 2009).

Ao nível intelectual as pessoas com paralisia cerebral podem apresentar alterações cognitivas e alterações ao nível das percepções e sensações; podem ainda ter dificuldade em comunicar e é comum terem epilepsia (Dougherty, 2009).

Rosenbaum et al. (2006) classificam a paralisia cerebral através de quatro dimensões: problemas motores; incapacidades resultantes da paralisia; partes do corpo afetadas e achados imagiológicos; causas da paralisia e período em que ocorreu. Os mesmos autores classificam os problemas motores que a pessoa com paralisia cerebral tem em:

Espástico – paralisia que é caracterizada por um aumento do tónus muscular que pode afetar um lado do corpo ou os dois, ou pode afetar só as pernas ou os quatro membros.

Disquinesia – paralisia que é caracterizada por movimentos involuntários do corpo e dos membros e por variações no tónus muscular.

Ataxia - paralisia que é caracterizada por diminuição do tónus muscular, dificuldade em coordenar os movimentos e equilíbrio deficiente.

Ao nível da boca, as pessoas com paralisia cerebral podem apresentar a boca constantemente aberta devido ao reduzido tónus muscular da face e uma salivacção constante (National Institute of Dental and Craniofacial Research, 2009). Podem ter problemas de mastigação, dificuldade em engolir os alimentos e ter reflexos de engasgamento frequentes e nestes casos, opta-se por uma alimentação de consistência pastosa que facilite o processo de alimentação (NIDCR, 2009).

A medicação para tratamento da epilepsia nas pessoas com paralisia cerebral tem como efeito secundário o aumento do volume da gengiva, o que pode favorecer a retenção de placa bacteriana e dificultar a higiene oral (NIDCR, 2009). É comum também terem hábitos de ranger os dentes o que pode provocar um desgaste muito acentuado nos dentes e também terem traumas dentários associados a quedas. (NIDCR, 2009).

As pessoas com paralisia cerebral têm uma elevada prevalência de problemas periodontais associados à dificuldade em realizarem ou obterem uma higiene oral adequada. Devido às suas limitações motoras é frequente precisarem de auxílio para os seus hábitos de higiene (NIDCR, 2009). Por outro lado, a dificuldade em mastigar e engolir e o tipo de alimentação faz com que os alimentos fiquem retidos na boca durante mais tempo favorecendo assim o desenvolvimento de placa bacteriana (NIDCR, 2009).

Autismo

O autismo define-se por uma perturbação global do desenvolvimento infantil que se prolonga por toda a vida e evolui com a idade, caracterizando-se por um comprometimento da interacção social, da comunicação verbal e não-verbal e por comportamentos repetitivos e estereotipados (Federação Portuguesa de Autismo).

Inicialmente o autismo era descrito como sendo uma doença relacionada com a esquizofrenia, mas em 1976 Ritvo classificou o autismo como uma deficiência cognitiva, passando-se a considerar o autismo como um distúrbio do desenvolvimento (Assumpção et al., 2000).

O diagnóstico do autismo geralmente faz-se até aos 3 anos de idade embora alguns autores considerem que se pode fazer aos 18 meses de idade (Assumpção et al., 2000).

No mundo estima-se que o autismo afete 2 a 15 crianças em cada 10 000 e afeta mais os rapazes do que as raparigas numa razão de 4 para 1. As causas ainda não estão claramente definidas, mas a literatura aponta para causas hereditárias e ambientais (NIDCR, 2009).

A pessoa autista apresenta atraso de desenvolvimento de linguagem, dificuldades de aprendizagem, de interação social e de compreensão. A pessoa autista quando sujeita a situações de stress, como por exemplo cuidados de saúde oral, pode ter comportamentos de agressão ou de auto agressão (Johnson et al., 2015).

É comum a pessoa com autismo ter epilepsia e apresenta no geral capacidade intelectual reduzida (Assumpção et al., 2000).

A pessoa com autismo não tem características físicas que influenciem directamente o seu estado de saúde oral. No entanto, a prevalência de doenças periodontais e de cárie dentária é elevada, principalmente devido à dificuldade em realizar ou obter uma higiene oral adequada, e também por poderem ter uma alimentação rica em açúcares (Pathmashri e Kumar, 2018).

Devido ao comportamento de auto-agressão é comum encontrar úlceras e traumas nos lábios e gengiva, e também é comum terem hábitos de ranger os dentes provocando um acentuado desgaste (Pathmashri e Kumar, 2018).

Deficiência Intelectual

Deficiência intelectual é caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo, que se expressam nas

habilidades adaptativas, conceituais, sociais e práticas, e que se manifestam antes dos 18 anos (Schalock et al., 2007).

A deficiência intelectual pode ter causas genéticas e ambientais que ocorrem durante a gravidez, na altura do parto ou pós-parto (Mugayar, 2000). As causas podem ser de origem infecciosa como a rubéola, sífilis ou toxoplasmose, podem ser causas relacionadas com a altura do parto como a deficiência no fornecimento de oxigénio ou trauma, e também pode ter causas pós parto relacionadas com infeções do sistema nervoso central ou desnutrição (Mugayar, 2000).

A pessoa com deficiência intelectual apresenta uma capacidade intelectual e funcional reduzida, tem uma idade mental diferente da real e geralmente revela limitações na comunicação, autocuidado, relacionamento interpessoal e auto-suficiência (Bizarra, 2008).

A deficiência intelectual está relacionada com o quociente de inteligência (QI) e a OMS em 1980 classificou-a como:

Leve - QI 50-70

Moderada - QI 35-49

Grave - QI 20-34

Profunda - QI inferior a 20

A deficiência intelectual não constitui condição para ter uma maior prevalência de doenças orais. No entanto, a prevalência de doenças orais como as doenças periodontais e a cárie dentária é elevada nas pessoas com deficiência intelectual, manifestando-se com maior gravidade nos portadores de deficiência intelectual grave e profunda.

A capacidade de perceber a importância dos bons hábitos de higiene oral bem como das rotinas diárias de higiene é mais reduzida nas pessoas com deficiência intelectual, o que, aliado à incapacidade em selecionar alimentos que não contenham muito açúcar, se apresenta como um fator de risco acrescido para as doenças orais.

O grau de colaboração da pessoa com deficiência intelectual durante as consultas de saúde oral varia de acordo com a capacidade de compreensão e personalidade (NIDCR,

2009). Estas pessoas podem manifestar reações de choro ou reações de agressividade física ou verbal quando sujeitas a tratamentos dentários (NIDCR, 2009).

2.3. Saúde oral na pessoa com NSE e especificidades dos cuidados de saúde oral para estas pessoas

A saúde oral nas pessoas com NSE é um tema muito complexo que, na maioria dessas pessoas, abrange vários fatores para além da saúde oral e tem um impacto grande na saúde geral. As pessoas com NSE apresentam uma pior saúde oral quando comparada com a população em geral devido às suas limitações em realizar uma adequada higiene oral, e também devido às dificuldades de alimentação e à medicação associada à sua condição (Pereira et al., 2010).

Pessoas com NSE revelam elevados índices de doença periodontal, de cárie dentária, e têm piores níveis de cuidados e mais dentes com cárie dentária ativa por tratar; no entanto recebem muito menos tratamentos dentários do que a população em geral (Hashemi et al., 2012; Leroy e Declerck, 2013(a), Leroy e Declerck, 2013(b) ; Craig et al. 2019).

Um estudo envolvendo 4732 pessoas com NSE apurou que a prevalência de doença periodontal era de 92.6% nas pessoas com mais de 60 anos, e de 55.8% nas pessoas com idades entre os 20 e os 39 anos (Brown et al., 2000). Estes números são particularmente elevados quando comparamos com a população em geral, sobretudo nas idades de 20-39 anos, sugerindo que esta população tem dificuldade em realizar uma higiene oral diária correta. É importante salientar que a periodontite é uma das principais doenças orais, e que leva à perda de dentes com consequências severas na estética, fala e mastigação (Petersen et al., 2005).

Por outro lado, nas crianças em geral e nas crianças com NSE, são os pais ou os cuidadores que assumem a responsabilidade de realizar ou supervisionar a higiene oral diária. Isto permite um melhor controlo da placa bacteriana mesmo em crianças com NSE, diminuindo assim a probabilidade de ocorrência de doenças orais em comparação com pessoas adultas com NSE. Um estudo realizado no Brasil, que envolveu crianças

com paralisia cerebral, revelou que 85.4 % dos pais realizavam a higiene oral diária dos filhos (Guerreiro e Garcias, 2009).

A capacidade de mastigar e engolir os alimentos é dificultada quando a pessoa com NSE tem um tónus muscular da face reduzido ou quando apresenta movimentos involuntários da mandíbula (Guerreiro e Garcias, 2009). Muitas pessoas nesta situação têm uma alimentação de consistência pastosa, o que pode favorecer uma retenção de alimentos mais prolongada na boca (Guerreiro e Garcias, 2009).

Pessoas com NSE podem necessitar de adaptações nas consultas que permitam um melhor campo de trabalho quando o profissional de saúde oral está a trabalhar na sua boca. Pessoas com NSE podem ter dificuldade em compreender as instruções dadas ao longo da consulta, bem como podem ter dificuldade em confiar nos profissionais e manter a boca aberta. Nestes casos podem ser usadas técnicas comportamentais para melhorar o grau de colaboração (Dougall e Fiske, 2008).

Pessoas com NSE afetados com problemas posturais involuntários podem requerer o uso de técnicas especiais para o controlo muscular do corpo e da boca (Dougall e Fiske, 2008). O controlo do corpo pode ser realizado através de almofadas para o corpo e pescoço, bem como de faixas estabilizadoras que ajudem o doente a manter o corpo numa posição estável e confortável (Dougall e Fiske, 2008). Por outro lado pessoas com dificuldade em engolir e com reflexo de engasgamento acentuado podem necessitar que se faça a consulta numa posição mais vertical em vez de estar deitado na cadeira (Dougall e Fiske, 2008).

Nas consultas a pessoas com NSE que apresentam reflexo involuntário de mordida, podem ocorrer lesões tanto no paciente como no profissional de saúde; neste caso podem ser usados instrumentos que mantenham a boca aberta e impeçam a oclusão involuntária (Dougall e Fiske, 2008). Nos doentes com estas características devem igualmente ser usados instrumentos inquebráveis, nomeadamente espelhos de observação, de forma a evitar que se partam no caso de o doente morder o instrumento (Dougall e Fiske, 2008).

A colaboração do paciente nas consultas de saúde oral é difícil quando tem dificuldade em compreender o que se vai fazer e frequentemente é necessária a utilização de técnicas de controlo comportamental como técnicas de sedação consciente, medicação

sedativa ou técnicas de contenção física (Bizarra e Graça, 2010). Nos casos em que estas técnicas não sejam suficientes pode ser necessário o recurso a anestesia geral, embora os locais onde se possa recorrer a esta técnica são muito reduzidos (Bizarra e Graça, 2010).

De uma forma geral as técnicas de contenção física são aceites nas consultas de saúde oral, porque os pais ou cuidadores já estão familiarizados com a necessidade de aplicação destas técnicas quando a pessoa com NSE não colabora ou manifesta comportamentos agressivos (Oliveira et al., 2008).

2.4. Equidade e Acesso a cuidados de saúde

2.4.1. Equidade nos cuidados de saúde

Em 1986 foi realizada a primeira conferência internacional de promoção de saúde em Ottawa onde foi elaborada uma carta de promoção da saúde visando um novo paradigma de saúde pública a nível mundial. Esse documento refere que a equidade é um pré-requisito para a saúde e que, por outro lado, ações coordenadas que promovam a saúde levam à equidade. A nível mundial, as nações e as comunidades devem cuidar uns dos outros, assumindo um compromisso político para a saúde e a equidade, que permita combater desigualdades em saúde, dentro e entre grupos sociais e comunidades (DGS).

A equidade em saúde é um dos objetivos mais importantes dos sistemas de saúde, garantindo que o indivíduo consiga obter o seu potencial máximo em saúde sem que, para isso, dependa das circunstâncias económicas e sociais onde está inserido (Furtado e Pereira, 2010).

Whitehead (1992) esclarece que o conceito de equidade em saúde se traduz em igual acesso a cuidados de saúde para as mesmas necessidades de saúde, igual utilização de serviços de saúde para as mesmas necessidades de saúde e igual qualidade na saúde para todos.

Pessoas mais desfavorecidas têm maior probabilidade de ficar doentes e têm menor esperança de vida (Albrecht, 2017). Embora os fatores biológicos influenciem a saúde,

os fatores socioeconómicos e ambientais acabam por ter um maior impacto na saúde das populações (Albrecht, 2017). Assim, existindo pessoas que não têm opção de escolha sobre as condições de vida que afetam a sua saúde, as políticas devem reduzir as diferenças em saúde que resultam desses fatores (Albrecht, 2017).

A equidade em saúde inclui os aspetos que permitem alcançar um bom estado de saúde e a ausência de discriminação na prestação de serviços de saúde (Albrecht, 2017). O acesso a cuidados de saúde é assim fundamental e uma dimensão da equidade definindo-se como a obtenção dos cuidados de saúde necessários, com qualidade, oportunidade e no local apropriado e no momento adequado (DGS, 2015).

2.4.2. Acesso a cuidados de saúde

O acesso a serviços de saúde é um tema central em políticas de saúde. Muitos autores estudam os diversos fatores que condicionam o acesso, os quais vão além da simples acessibilidade física a um serviço de saúde (Penchansky e Thomas, 1981).

O acesso a cuidados de saúde é definido por Levesque et al. (2013) como a oportunidade de identificar as necessidades de saúde, procurar, alcançar, e obter ou usar serviços de saúde e, conseguir ter as suas necessidades de serviços de saúde satisfeitas.

Nos artigos revistos, os modelos que procuram justificar diferenças de acesso a serviços de saúde incluem fatores sociais e económicos, relacionados com os sistemas de saúde e as organizações, e fatores relacionados com os profissionais de saúde e com as perceções que os doentes têm do seu estado de saúde. De seguida iremos rever alguns destes modelos.

Em 1950 psicólogos sociais do serviço nacional público norte-americano desenvolveram o Modelo de Crenças em Saúde que procurava explicar o comportamento de doentes face à fraca adesão a programas de prevenção da tuberculose. Este foi dos primeiros modelos a procurar explicar a adesão a programas de saúde através de fatores como a perceção dos doentes sobre os benefícios para a sua saúde na adesão aos programas, e sobre as barreiras de acesso nomeadamente as resultantes de fatores socioeconómicos (Coleta, 1999).

Andersen desenvolveu no final da década de 60, um modelo comportamental de acesso que procurou explicar, o “como” e o “porquê”, das pessoas utilizarem os serviços de saúde. Para o autor, este modelo poderia contribuir para um acesso mais equitativo aos serviços de saúde e para o desenvolvimento de políticas de saúde que reduzissem iniquidades (Andersen, 1995).

O modelo de Andersen propõe que as pessoas usam os serviços de saúde em função de fatores que predispõe a utilização de serviços de saúde (demográficos, sociais e crenças em saúde), fatores que capacitam ou impedem a sua utilização (família e comunidade) e fatores relacionados com as necessidades em saúde. De acordo com o autor, estes fatores podem explicar a utilização de diferentes tipos de serviços de saúde. Por exemplo, os serviços hospitalares recebem situações de doenças mais graves que poderão estar relacionadas com fatores demográficos e necessidades em saúde, enquanto que a utilização de serviços de saúde oral poderá estar mais relacionada com crenças em saúde, estrutura social e fatores “capacitantes” (Andersen, 1995).

Posteriormente, na década de 70 foram incluídos no modelo fatores relacionados com os sistemas de saúde, reconhecendo assim, que as suas características (políticas de saúde, recursos e organização dos serviços) podem ser determinantes na sua utilização (Andersen, 1995). Por outro lado, Andersen reconhece que a utilização de serviços de saúde tem como objetivo final os ganhos em saúde, deste modo, acrescenta no seu modelo a satisfação dos doentes com os serviços de saúde, o estado de saúde e a perceção do estado de saúde (Andersen, 1995).

Nos estudos anteriores, o acesso a serviços de saúde foi medido principalmente através da relação entre oferta a serviços de saúde, as necessidades de saúde e a utilização dos serviços de saúde. Contudo, estes modelos não fornecem informações detalhadas sobre os fatores que levam os doentes a não utilizar os serviços de saúde.

Penchansky e Thomas em 1981 propuseram e validaram uma definição taxonómica do conceito de acesso a serviços de saúde, e mais objetivamente, dos problemas de acesso a serviços de saúde. Para os autores podem-se medir problemas de acesso de três formas:

-Através da maior ou menor utilização dos serviços.

-Através da maior ou menor satisfação dos doentes com os serviços.

-Através dos padrões de práticas clínicas que podem, por exemplo, reduzir o acesso a tratamentos preventivos quando os recursos são limitados.

Penchansky e Thomas (1981) focaram-se na satisfação dos doentes como forma de medir o acesso a serviços de saúde, e em especial, na forma como as características dos prestadores de serviços se ajustam às suas necessidades e expectativas. Os autores desagregaram o conceito de acesso em cinco dimensões, que podem ser usadas para medir as barreiras de acesso, de acordo com o maior ou menor grau de satisfação que os doentes têm em cada uma delas. De acordo com estes autores, isto permite a introdução de modificações nas dimensões que se apresentam como barreiras, de forma a melhorar o acesso a serviços de saúde e estabelecer políticas que permitam reduzir as desigualdades de acesso. As cinco dimensões do acesso são: Availability, Accessibility, Accomodation, Affordability e Acceptability (Penchansky e Thomas, 1981).

De notar que, no desenvolvimento da presente dissertação de mestrado, a terminologia que vai ser usada em cada uma das dimensões e que corresponde à tradução das cinco dimensões de Penchansky e Thomas (1981) será: Disponibilidade de Serviços, Acessibilidade, Adequabilidade, Esforço Financeiro e Aceitabilidade.

Os referidos autores definem as 5 dimensões do acesso como:

Disponibilidade de serviços (Availability) – Relação entre a oferta de serviços de saúde (tipo de serviços e número) e as necessidades de saúde (numero de doentes e tipo de doenças).

Acessibilidade (Accessibility) – Refere-se à proximidade dos serviços de saúde face aos doentes. Esta dimensão tem em conta a capacidade de transporte, custos com a deslocação, a distância e o tempo gasto com transportes.

Adequabilidade (Accomodation) - Relação entre a forma como os serviços de saúde estão organizados para aceitar os utentes (como sistemas de marcação, tempos de espera para consulta, facilidade em ter consultas não agendadas, tempo de consulta, facilidade em marcar consultas por telefone) e a capacidade de os utentes aceitarem estes fatores e a forma como os consideram ser apropriados.

Esforço Financeiro (Affordability) – Esta dimensão relaciona os preços dos serviços de saúde, com a possibilidade de usar seguros de saúde e a capacidade de pagar. Esta

dimensão também abrange a forma como os utentes percebem a utilidade de um tratamento em comparação com o dinheiro gasto.

Aceitabilidade (Acceptability) - Estabelece a relação entre as opiniões pessoais dos utentes sobre os serviços de saúde e suas características, bem como as atitudes dos prestadores de serviços sobre o que consideram ser as características adequadas dos utentes.

De acordo com os autores, não obstante a vantagem que existe em fazer a distinção, as cinco dimensões podem não ser facilmente separadas, pois, por exemplo, a oferta de serviços de saúde (Availability) está muitas vezes relacionada com a localização dos serviços (Accessibility).

Dutton (1986, in Pavão e Coeli, 2008:476) no seu modelo de acesso a serviços de saúde, realçou o papel e as características dos profissionais de saúde. A experiência, atitudes, formação académica e características dos sistemas de saúde podem influenciar o acesso. Neste modelo, Dutton demonstrou que o primeiro contacto entre o doente e o profissional de saúde é realizado por iniciativa do doente, mas as consultas seguintes são mais impulsionadas pelo profissional de saúde.

Evans e Stoddart (1990) afirmam que existe uma falha entre as políticas de saúde e o fornecimento de serviços de saúde, porque os modelos existentes dos determinantes de saúde estão ultrapassados. Evans e Stoddart (1990) propõem um modelo conceptual complexo e flexível que representa um conjunto mais alargado de relações e interações entre os determinantes de saúde. Foram incluídos no seu modelo aspectos relacionados com fatores de risco individuais (estilos de vida, ambiente e biologia), e incluem também as variáveis de bem-estar e prosperidade económica. Esta abordagem mais abrangente, permite por exemplo, identificar que o bem-estar e a prosperidade económica podem afetar negativamente os sistemas de saúde porque podem levar a uma maior procura de serviços de saúde e diminuir a capacidade destes serviços em atender às necessidades. Por outro lado, a indústria da saúde tem grandes custos económicos, que desviam recursos que poderiam ser usados noutras áreas promotoras da saúde como por exemplo a educação (Evans e Stoddart, 1990).

Guilliford et al. em 2002 evidencia a relevância da efetividade das prestações de serviços de saúde. Para o autor, a questão do acesso não pode ser meramente medida

pelo número de pessoas que acederam a um determinado serviço de saúde, porque, para o autor, associados a serviços de saúde de fraca qualidade, podem existir altas taxas de utilização. Para o autor, a dimensão do acesso inclui também fatores como a justiça social e a aplicação dos recursos necessários para melhorar o acesso a serviços de saúde de uma população.

O acesso a cuidados de saúde é interpretado de forma diferente por diferentes autores; enquanto alguns descrevem o acesso como sendo a entrada inicial nos serviços de saúde e a utilização dos serviços, outros veem o acesso como sendo influenciado por características dos serviços de saúde, dos profissionais de saúde e dos doentes.

2.4.3. Acesso a serviços de saúde oral por parte de pessoas com necessidades de saúde especiais

O acesso a cuidados de saúde oral por parte de pessoas com NSE tem sido desenvolvido, no sentido de reduzir desigualdades de acesso de populações que pelas suas características, são mais susceptíveis às doenças orais e têm uma maior dificuldade no acesso a consultas nesta área.

Em 2007 Scully et al. refere que existem barreiras no acesso a consultas de saúde oral de pessoas com NSE e que as mesmas se dividem em: barreiras relacionadas com o individuo, barreiras relacionadas com os profissionais de saúde, barreiras relacionadas com a sociedade e barreiras relacionadas com o Governo.

As barreiras relacionadas com o individuo centram-se nas características das pessoas com NSE e na dificuldade de estes obterem ou manterem um bom estado de saúde oral. A incapacidade em compreender, em comunicar, a ansiedade e o medo resultam num reduzido acesso a tratamentos dentários, sobretudo devido à dificuldade de colaboração nas consultas (Scully et al., 2007).

Para o autor, a experiência profissional inadequada, a falta de conhecimento, a dificuldade de comunicação e a pouca sensibilidade para lidar com esta população constituem as barreiras no acesso relacionadas com os profissionais de saúde oral (Scully et al., 2007).

Do mesmo modo, de acordo com Scully et al. (2007), as barreiras sociais provêm da falta de sensibilidade para com as pessoas com NSE, o que se traduz na ausência de estruturas físicas que melhorem a acessibilidade, ausência de programas que promovam a saúde oral nesta população e no pouco interesse em desenvolver projetos de investigação sobre este tema. Por outro lado, a dificuldade em enquadrar políticas de saúde que vão ao encontro das necessidades de saúde oral de pessoas com NSE e a reduzida priorização na resolução destes problemas de saúde constituem as barreiras relacionadas com o Governo.

Pode-se então considerar que o nível de acesso a consultas de saúde oral resulta de múltiplos factores que podem estar relacionados com o indivíduo, mas também com o sistema de prestação de serviços, com os profissionais de saúde oral e com a sociedade onde estão inseridos.

Em 2008 Dougall e Fiske reforçam que o acesso apropriado a cuidados de saúde oral resulta da experiência profissional, das instalações existentes, mas também da remuneração adequada dos profissionais de saúde para tratar pessoas com NSE.

Em 2006 foi criado no Reino Unido um novo sistema de saúde oral, integrado no Sistema Nacional de Saúde. Esse sistema baseia-se na provisão de consultas de saúde oral por profissionais de clínicas privadas, sendo a remuneração dos profissionais baseada no tempo médio gasto em cada consulta, e não por tratamento, o que possibilita ao profissional de saúde oral focar-se mais nas pessoas, nas suas características e necessidades (Dougall e Fiske, 2008).

Em 2011 Owens et al. propõe um modelo de acesso para pessoas com incapacidade intelectual baseado nos modelos de Penchasky e Thomas (1981) e de Maxell et al., (1984) (Figura n.º 2.1). Para Owens et al. (2011) o acesso a serviços de saúde oral tem de ser visto numa perspetiva mais prática e deve refletir o ajustamento entre as necessidades de saúde oral específicas das pessoas com NSE e os serviços de saúde oral existentes.



Figura n.º2.1 – Modelo conceitual de Owen et al. (2011)

Legenda: Ortho – Ortodontista / GDP – Dentista Generalista / CDS- Serviços Dentários Comunitários

Para os autores, este modelo assegura que todas as áreas do acesso podem ser otimizadas, facilitando a escolha e inclusão da pessoa com NSE, tendo em conta as características específicas desta população, respeitando a pessoa, os seus direitos e independência, permitindo assim uma melhor qualidade de vida (Owens et al., 2011).

Para Owens et al. (2011) o acesso pode ser desagregado em 6 dimensões que permitem identificar as barreiras de acesso que existem. Note-se que às cinco dimensões do acesso de Penchasky e Thomas (1981) é acrescentada uma sexta dimensão: Apropriado às necessidades especiais. Esta dimensão reflete em que medida as necessidades de saúde específicas das pessoas com NSE são satisfeitas pelos profissionais de saúde oral, tendo em conta especificidades como por exemplo, o medo, a ansiedade, a dificuldade de colaboração e necessidade de utilização de técnicas que permitam melhorar a colaboração.

As 6 dimensões preconizadas por Owens et al. (2011) são assim: disponibilidade de serviços, acessibilidade, adequabilidade, aceitabilidade, apropriado às necessidades especiais e esforço financeiro.

Note-se que, face ao que tinha sido proposto por Owens et al. (2011), à dimensão “disponibilidade de serviços” Ummer-Christian et al. (2018) acrescenta a variável “informação” passando-se a designar esta dimensão de “disponibilidade de serviços e informação”.

De seguida faremos a descrição de cada uma das seis dimensões proposta por Owens et al. (2011). Esta descrição baseia-se no trabalho original de Owens et al. (2011), complementado pelo trabalho de revisão da literatura desenvolvido por Ummer-Christian et al. (2018).

Disponibilidade de serviços e informação (Availability) – Para Owens et al. (2011) esta dimensão abrange o número e tipo de serviços de saúde oral disponíveis e que permitem o acesso a consultas de pessoas com NSE. Um reduzido número de locais preparados para receber e tratar estas pessoas constitui uma importante barreira de acesso. Para Ummer-Christian et al. (2018), esta dimensão abrange a oferta de serviços de saúde oral, como rastreios, tratamentos de prevenção, programas de educação para a saúde e tratamentos de doenças orais bem como a oferta de profissionais de saúde oral generalistas e especialistas.

A fraca disponibilidade de locais e/ou profissionais de saúde oral para tratar pessoas com NSE são fatores que Owens et al. (2011) consideram ser barreiras de acesso desta dimensão, focando a atenção nas características dos prestadores de serviços. No entanto, outros autores (Gerreth et al. 2016; Habashneh et al. 2012) valorizam a perceção que os cuidadores de pessoas com NSE têm sobre a importância de ter uma boa saúde oral e o grau de conhecimento que estes têm sobre o estado de saúde oral, fatores que podem constituir barreiras de acesso dentro desta dimensão. Cuidadores menos informados tendem a procurar menos os serviços de saúde oral, tendem a desvalorizar o estado de saúde oral e a não perceber a importância de a manter ou então não consideram os cuidados de saúde oral prioritários em relação a outros tipos de cuidados de saúde (Ummer-Christian et al., 2018).

Acessibilidade (Accessibility) – Para Owens et al. (2011) esta dimensão diz respeito à proximidade física ao edifício e às instalações onde são realizados os cuidados de saúde. Alguns aspetos que podem condicionar o acesso são: a distância ao local das consultas, as barreiras físicas na deslocação e as dificuldades de transporte. Esta dimensão diz respeito mais ao acesso físico, ou seja, à acessibilidade e aos fatores que podem constituir barreiras de acesso físico. Dougall e Fiske (2008) propõem que nesta dimensão, para além dos fatores associados ao acesso físico ao edifício, existem fatores relativos ao acesso à cadeira do dentista, o acesso à cirurgia e o acesso à boca.

Esta dimensão do acesso também avalia barreiras relacionadas com a acessibilidade ao espaço físico, com as barreiras arquitetónicas no interior dos locais onde se realizam as consultas e com a facilidade de estacionamento perto da clínica (Ummer-Christian et al., 2018).

As dificuldades de transporte de pessoas com NSE até ao local onde são prestados os cuidados de saúde oral aparecem descritas em vários estudos como uma das maiores barreiras do acesso. As pessoas com NSE estão frequentemente mais condicionadas nas deslocações porque podem depender de terceiros ou porque necessitam de usar equipamentos como cadeiras de rodas ou andarilhos, além de poder necessitar de transporte automóvel adaptado às suas características.

Adequabilidade (Accommodation) – Para Owens et al. (2011) esta dimensão do acesso diz respeito à facilidade de da pessoa com NSE ter consultas, tendo em conta as suas especificidades. Por exemplo, constituem barreiras de acesso, o tempo de espera obter uma marcação de consulta ou o tempo que a pessoa com NSE tem de aguardar na sala de espera antes da mesma. Para além disso, para o autor, a dificuldade em lidar com questões administrativas, relacionadas com as consultas, como por exemplo o preenchimento de formulários, pode ser também uma barreira de acesso. Por outro lado, Ummer-Christian et al. (2018) incluem nesta dimensão do acesso barreiras relacionadas com o sistema de marcação de consultas, nomeadamente a dificuldade em marcar consultas por telefone, assim como questões relacionadas a duração da própria consulta para realização dos tratamentos.

Aceitabilidade (Acceptibility) – Para Owens et al. (2011) esta dimensão expressa o nível de satisfação das pessoas com NSE relativamente aos serviços de saúde oral. No entanto, Ummer-Christian et al. (2018) incluem nesta dimensão aspetos mais práticos relacionados com o próprio profissional de saúde oral. Os conhecimentos técnicos, a formação académica e a experiência profissional, quando não são os adequados às pessoas com NSE, limitam o acesso aos tratamentos, tal como as atitudes das equipas que rodeiam os profissionais de saúde, Assistentes Dentários e Administrativos.

Apropriado às necessidades especiais (Appropriate to Need) – Para Owens et al. (2011), esta dimensão evidencia as dificuldades específicas da pessoa com NSE durante as consultas de saúde oral, como o medo, a ansiedade, a dificuldade de comunicação e a dificuldade em colaborar, relacionando-as com o nível de adequação da resposta por

parte dos profissionais de saúde aferindo se é apropriada ou não. Deste modo, esta dimensão reflete o grau de ajustamento dos serviços de saúde oral às necessidades especiais da pessoa com NSE. Fazer a gestão do medo e da incapacidade de colaboração, exige do profissional de saúde a utilização de técnicas de controlo, que permitam melhorar a colaboração nas consultas. Do mesmo modo que a dificuldade de comunicação limita a capacidade de a pessoa com NSE expressar dor ou desconforto durante as consultas, ou de compreender correctamente as instruções que são dadas durante os procedimentos (Dougall e Fiske, 2008).

Esforço financeiro (Affordability) – para Owens et al. (2011) os custos com consultas e tratamentos, os rendimentos e a capacidade financeira influenciam o acesso a serviços de saúde oral. A maioria dos profissionais de saúde oral destes serviços exerce em clínicas particulares, sendo grande parte dos custos com consultas suportados pelas pessoas que procuram estes serviços. Note-se, porém, que estes podem ser reduzidos através de seguros de saúde, convenções e subsistemas de saúde que permitem a sua participação parcial ou total (Entidade Reguladora da Saúde, 2009). De igual modo, existem programas públicos de saúde oral que permitem o acesso a consultas a alguns grupos mais vulneráveis, embora, de uma forma geral, os sistemas de saúde públicos não garantam uma resposta adequada a todas as necessidades de saúde oral, sobretudo em pessoas adultas com problemas de saúde oral mais complexos. Por outro lado, Ummer-Christian et al. (2018) referem que esta dimensão inclui também a capacidade de remunerar adequadamente os profissionais de saúde oral. Tratar adequadamente pessoas com NSE implica uma abordagem mais centrada nas suas necessidades específicas. Isto requer um esforço adicional dos profissionais de saúde oral, tanto tecnicamente, como em termos do tempo despendido durante a consulta. De acordo com os autores a remuneração dos profissionais de saúde oral deve ser por isso proporcional ao esforço realizado.

2.5. Barreiras de acesso a cuidados de saúde oral por parte de pessoas com necessidades de saúde especiais

De seguida faz-se uma revisão de trabalhos de investigação que procuraram estudar quais são as principais barreiras de acesso a cuidados de saúde oral, por parte de pessoas

com NSE. A discussão dos artigos revistos está organizada de acordo com o modelo das seis dimensões das barreiras de acesso de Owens et al. (2011).

Disponibilidade de serviços e informação

Cardoso et al. (2011) realizaram um estudo no Brasil para avaliar o acesso a consultas de saúde oral de crianças com NSE, através de entrevistas semiestruturadas a 43 cuidadores de crianças, na sua maioria com paralisia cerebral. A principal barreira nesse acesso, reportada por 48.8 % dos cuidadores, foi a baixa oferta de profissionais para tratar pessoas com NSE e o principal motivo para não terem conseguido obter uma consulta, reportado por 39.5 % dos cuidadores, foi não encontrar o serviço de saúde oral.

Resultados semelhantes foram identificados por William et al. (2015) no estudo sobre barreiras de acesso a consultas de saúde oral de crianças e jovens que frequentavam escolas de educação especial em Oakland nos EUA. Foram abrangidos pelo estudo crianças e jovens dos 3 aos 26 anos e aplicados questionários aos seus cuidadores. A principal barreira encontrada, reportada por 34.2 % dos cuidadores, foi a dificuldade em encontrar um profissional de saúde oral para tratar pessoas com NSE.

Em 2012 Habashneh et al., publicaram um estudo relativo à Jordânia, procurando avaliar o estado de saúde oral de crianças dos 12 aos 16 anos com síndrome de Down e os motivos que os levavam a não ter consultas de saúde oral. Foram realizadas observações do estado de saúde oral das crianças e aplicados questionários às mães. Verificou-se neste estudo que uma grande percentagem das mães (61.2%) não estava alertada para os problemas de saúde oral existentes e que 40.9 % das mães não estavam alertadas para a importância de se realizar consultas de saúde oral.

Agili et al. (2004) avaliaram o acesso a consultas de saúde oral por crianças dos 3 aos 13 anos de idade com NSE, que viviam no Estado do Alabama dos EUA. Dos 714 questionários preenchidos pelos pais das crianças, questionários esses que incluíam questões sobre as razões para os seus filhos não fazerem consultas regulares de saúde oral, verificou-se que 15% das crianças não faziam consultas regulares de saúde oral. Algumas das razões para não terem consultas regulares de saúde oral prenderam-se com a dificuldade em encontrar um profissional com vontade em tratar a criança (33.6%) e

cerca de 11.7% responderam que não faziam consultas regulares por a criança ser muito nova.

Acessibilidade

Em 2018 foi realizado na Polónia um estudo comparativo dos problemas de acesso a consultas de saúde oral de dois grupos de crianças epiléticas: com e sem incapacidade intelectual. Às 107 crianças dos 6 aos 18 anos, que compuseram a amostra, foi realizado um exame clínico à boca e foi aplicado um questionário aos seus respetivos cuidadores. O estudo revelou diferenças muito significativas entre os dois grupos. A distância ao local onde eram prestadas as consultas de saúde oral foi reportada como uma barreira de acesso por 25.93 % dos cuidadores de crianças com incapacidade intelectual, mas apenas 1.89 % dos pais de crianças sem incapacidade intelectual. As limitações arquitetónicas dentro da clínica foram apontadas como uma barreira de acesso por 31.48% dos cuidadores de crianças com incapacidade intelectual, mas apenas 5.66 % dos cuidadores de crianças sem incapacidade intelectual (Mielnik-Błaszczak et al., 2018).

Em 2015 foi realizado na Índia um estudo para avaliar as perceções e atitudes dos cuidadores de crianças com NSE, que frequentavam escolas de educação especial, em relação a barreiras de acesso a consultas de saúde oral. Os resultados foram apresentados por tipo de incapacidade: incapacidade visual, incapacidade auditiva, síndrome de Down, incapacidade intelectual e incapacidade motora. A percentagem de cuidadores de crianças com incapacidade intelectual que apontaram dificuldades de transporte no acesso a consultas de saúde oral foi de 64%, enquanto apenas 8% dos cuidadores das crianças com incapacidade visual, auditiva ou síndrome de Down reportou este tipo dificuldade. É importante referir que neste estudo, 74% das crianças com incapacidade motora tiveram dificuldades de transporte indiciando barreiras de acesso relacionadas com a necessidade de utilização de equipamentos como cadeiras de rodas, andarilhos e meios de transporte adaptados (Hedge et al., 2015).

Por outro lado, em Ontário no Canadá, Koneru e Sigal (2009) avaliaram o acesso a consultas de saúde oral de pessoas com NSE. O estudo abrangeu 634 pessoas dos 2 aos 75 anos com autismo, síndrome de Down, paralisia cerebral e atraso de desenvolvimento, entre outros tipos de incapacidades, e que frequentavam 14 instituições. Responderam ao questionário 484 cuidadores e 150 pessoas com NSE.

Foram reportadas barreiras de acesso relacionadas com dificuldades de transporte por 16,7 % dos cuidadores e por 11,3% das pessoas com NSE.

Wyne (2007) realizou na Arábia Saudita um estudo para avaliar a atitude dos pais de crianças com incapacidade mental, síndrome de Down e paralisia cerebral em relação às consultas de saúde oral. O estudo foi conduzido através da aplicação de um questionário a 315 pais de crianças com NSE. Barreiras no acesso relacionadas com difícil acessibilidade à clínica e dificuldade de estacionamento foram reportados por 26.5 % dos pais.

Adequabilidade

Gerreth e Borysewicz (2014) conduziram um estudo na Polónia para identificar as barreiras de acesso a cuidados de saúde oral de crianças com incapacidade intelectual leve, moderada, grave e profunda. No estudo foram aplicados questionários a pais de 264 crianças dos 6 aos 18 anos de idade que frequentavam 8 escolas de ensino especial. Neste estudo 31.8 % dos pais indicaram não terem encontrado barreiras de acesso, enquanto 36.7% assinalaram o tempo demasiado longo para conseguir obter a consulta. A impossibilidade de marcar consulta por telefone foi apresentada como barreira por 6.4% dos pais. É importante referir que estes dados englobam os vários graus de incapacidade intelectual – leve, moderada, grave e profunda – mas no estudo os dados foram desagregados de acordo com a severidade da incapacidade intelectual, tendo-se verificado percentagens mais elevadas de resposta nestes fatores para as crianças com incapacidade grave e profunda.

O elevado tempo de espera na sala antes de uma consulta de saúde oral foi igualmente apontado como barreira de acesso por mães de crianças e adolescentes com síndrome de Down que participaram em entrevistas realizadas no Brasil para avaliar as perceções relacionadas com a saúde oral (Cardoso et al., 2011).

Aceitabilidade

No estudo de Cardoso et al. (2011) realizado no Brasil, cerca de 69% das pessoas com NSE incluídas na amostra já tinham tido consultas de saúde oral, mas 58 % dos cuidadores referiram já ter encontrado profissionais de saúde oral que se recusaram a fazer as consultas, apresentando como motivo a falta de preparação profissional e falta de estruturas adequadas nas clínicas.

Por outro lado, um estudo conduzido por Nelson et al. (2011) nos EUA, que avaliou as barreiras de acesso a cuidados de saúde oral de crianças com paralisia cerebral, síndrome de Down, autismo e atraso de desenvolvimento, revelou que 13% dos cuidadores reportaram que os profissionais de saúde e os outros profissionais da clínica estavam nervosos ao fazer as consultas.

Slack-Smith et al. (2010) conduziram um estudo na Austrália com o objetivo de estudar as percepções sobre a saúde oral de mães de crianças com incapacidade intelectual que viviam em meios rurais. Uma das barreiras reportadas pelas mães, relacionada com esta dimensão do acesso, foi o profissional de saúde oral aparentar impaciência e intolerância face às crianças.

Apropriado às necessidades especiais

No estudo de Habashneh et al. (2012), 32.3% dos cuidadores de crianças com síndrome de Down reportaram o medo que estas tinham das consultas e a falta de colaboração como uma das principais barreiras de acesso a consultas de saúde oral. Estes resultados vão também ao encontro aos resultados obtidos por Ishaque et al. (2012), em que 14.5% das crianças tinham medo das consultas e 31.5 % não colaboravam nas consultas.

Hedge et al. (2015), num estudo sobre as perspetivas dos pais de crianças com síndrome de Down sobre as barreiras de acesso a consultas de saúde oral, constataram que 44% dos pais identificaram a incapacidade em comunicar como a principal barreira.

A realização de consultas de saúde oral a pessoas com NSE que não colaboram nas consultas requer do profissional de saúde adaptações especiais e a utilização de meios de contenção física ou química. No estudo de Koneru e Sigal (2009) 47,5% das pessoas com NSE tiveram dificuldade em obter cuidados de saúde oral, relacionada com a necessidade de adaptações especiais nas consultas.

Esforço financeiro

Um estudo realizado por Jongh et al. (2008), na Holanda, que avaliou o estado de saúde oral, necessidades de tratamento e barreiras de acesso a consultas de saúde oral de crianças com incapacidade profunda, revelou que 33.8 % dos profissionais de saúde oral apresentaram como barreira ao fornecimento de tratamentos a ausência de compensação

financeira adequada. A falta de compensação financeira foi apontada também por 26,5% dos profissionais de saúde oral no estudo de Bindal et al. (2015).

Em 1989 foi publicado um estudo, conduzido no Estado da Califórnia nos EUA, que procurou avaliar a percepção do acesso a cuidados de saúde oral dos pais de crianças com NSE. O estudo que incluiu 177 pais revelou que cerca de 50% referiram problemas em conseguir ter consultas de saúde oral e, destes, 25% apresentaram o custo com as consultas como justificção (Finger et al. 1989).

As barreiras de acesso a consultas de saúde oral relacionadas com o elevado preço de consultas e tratamentos são descritas em muitos estudos e foram apontadas pelos cuidadores de pessoas com NSE como um dos principais fatores limitadores do acesso (Gerreth et al., 2014; Ishaque et al., 2016; Hedge et al., 2015; Koneru e Sigal, 2008; Wyne, 2007).

Perspetiva dos profissionais de saúde oral

A prestação de cuidados de saúde oral a pessoas com NSE apresenta-se como um desafio e quanto mais severo o grau de deficiência, mais difícil se torna o acesso a consultas, bem como o tratamento e a colaboração do paciente. O tratamento destas pessoas requer técnicas específicas e uma abordagem especial para que tenham as suas necessidades de saúde oral satisfeitas (Gallagher e Fiske, 2007).

O número de profissionais de saúde oral no Reino Unido especialistas em tratar estes doentes tem aumentado, em parte devido a muitos profissionais procurarem formação específica na área, mas também porque existem programas de creditação de competências através da experiência adquirida anteriormente (Gallagher e Fiske, 2007).

Em 2015, em Paranaíba no Brasil, um estudo realizado entre profissionais de saúde oral, que questionou os seus conhecimentos e práticas no tratamento de pessoas com síndrome de Down, revelou que nenhum possuía estudos pós-graduados no tratamento de pessoas com NSE e, embora 70% dos profissionais não tivesse dificuldade em identificar uma pessoa com síndrome de Down, apurou-se que só 52,3% estavam parcialmente preparados para perceber as suas necessidades e limitações. Neste estudo todos os profissionais referiram atender em cada mês menos de 3 pessoas com síndrome de Down, o que para os autores do estudo, é uma causa de preocupação porque é

conhecida a importância destas pessoas acederem a consultas de saúde oral desde a infância (Lira et al., 2015).

O tratamento de pessoas com NSE exige tempos de consulta mais alargados. Um estudo realizado na Malásia entre profissionais de saúde oral que exerciam prática clínica privada revelou que 48 % dos profissionais apresentou constrangimento de tempo como desafio no tratamento de crianças com necessidades especiais (Bindal et al., 2015). A prática clínica privada depende do número de pessoas atendidas, e o atendimento de pessoas com NSE pode reduzir o número de consultas diárias realizadas. No mesmo estudo, 26.5% dos profissionais referiu a falta de compensação financeira no tratamento pessoas com NSE (Bindal et al., 2015).

A falta de compensação financeira foi ainda referida noutro estudo realizado na Holanda por 33,8 % dos profissionais de saúde, relativamente ao atendimento de pessoas com deficiência mental profunda (Jongh et al., 2008).

O insuficiente grau de colaboração é uma das maiores dificuldades das consultas de saúde oral a pessoas com NSE e compromete o sucesso dos tratamentos dentários realizados (Altabet, 2002; Alves et al., 2017; Bindal et al., 2015; Luscre et al., 1996).

Embora existam técnicas que permitem uma melhoria da colaboração nas consultas (técnicas de contenção física para restringir os movimentos, medicação sedativa, ou anestesia geral), tais técnicas necessitam de recursos que podem não estar disponíveis nos locais de prestação de serviços de saúde oral, para além de exigirem conhecimentos técnicos e experiência que o profissional pode não possuir (Bizarra e Graça, 2010). No estudo realizado por Bindal et al. (2015), 60.8 % dos profissionais de saúde oral referiram não realizar consultas a pessoas com deficiência por não disporem dos equipamentos necessários para tratar estas pessoas.

3. CUIDADOS DE SAÚDE ORAL EM PORTUGAL

3.1. Programa Nacional de Promoção para a Saúde Oral

Até 2008 o Sistema Nacional de Saúde (SNS) disponibilizava tratamentos dentários a crianças e jovens que frequentassem jardins-de-infância e escolas públicas através do Programa de Saúde Oral Crianças e Adolescentes (PSOCA) (OMD, 2010). Esses tratamentos eram realizados em clínicas privadas aderentes ao projeto e tinham como principal objetivo reduzir a prevalência de cárie dentária naquela população por meio de tratamento de cárie, extrações de dentes e aplicação de selantes de fissura (DGS, 2002). O acesso ao programa era assegurado pelas equipas de saúde escolar ou higienistas orais que encaminhavam as crianças e jovens diretamente para as clínicas onde se realizavam os tratamentos (DGS, 2002a).

Em 2008 foi criado o programa de cheques dentista do SNS abrangendo inicialmente grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário do idoso (DGS, 2008). Em 2009 o programa foi alargado a crianças até aos 6 anos de idade e às crianças de 7, 10 e 13 anos que frequentam escolas públicas e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) (DGS, 2009). As crianças de 7, 10 e 13 anos foram incluídas no programa tendo em conta a cronologia da erupção dos dentes, permitindo assim uma intervenção o mais precoce possível (DGS, 2009). Em média, aos 7 anos, uma criança deverá ter os primeiros molares definitivos presentes na boca, aos 10 anos deverá ter os pré-molares e aos 13 anos deverá ter os segundos molares definitivos (DGS, 2009). As consultas de medicina dentária são realizadas em clínicas dentárias privadas aderentes ao programa ou nos centros de saúde onde existam higienistas orais, e destinam-se a tratamentos curativos como restaurações, endodontias e extrações de dentes ou tratamentos preventivos como a aplicação de selantes de fissura e aplicações de flúor. A grande alteração em relação ao anterior programa (PSOCA) é que este programa permite aos utentes a livre escolha dos prestadores de serviços de saúde oral através de uma listagem disponibilizada no portal do SISO (Sistema de Informação para a Saúde Oral).

Posteriormente este programa foi alargado para jovens de 16 e 18 anos, pessoas com patologias como o HIV ou o Cancro Oral, e crianças e jovens com necessidades de saúde especiais que não tenham ainda beneficiado do programa de cheques dentista. Foi também introduzida a possibilidade de encaminhamento das crianças com NSE para as

consultas de estomatologia dos hospitais públicos quando já não seja possível realizar consultas nas clínicas dentárias (DGS, 2013a, 2013b, 2014, 2016b).

O acesso ao programa dos cheques dentista das crianças de 7, 10 e 13 anos faz-se através das equipas de saúde escolar e higienistas orais dos centros de saúde sendo os cheques entregues nas escolas que frequentam. O acesso aos outros programas faz-se através de referenciação dos médicos de medicina geral e familiar dos centros de saúde (DGS, 2008, 2016)

Na região do Algarve, de acordo com dados retirados do SISO, trabalham atualmente com o programa de cheques dentista 199 médicos dentistas, sendo que os concelhos com maior número de profissionais aderentes ao programa são: Faro (42), Portimão (37), Loulé (35) e Olhão (25).

3.2. Consultas de Medicina dentária nos Centros de Saúde

Em 2016 foi implementado um projeto-piloto com a introdução de consultas de medicina dentária nos centros de saúde do SNS, com vista ao tratamento de grupos economicamente vulneráveis e portadores de patologias crónicas como a diabetes, neoplasias, patologias cardíacas ou respiratórias crónicas, insuficiência renal em hemodiálise ou diálise peritoneal e transplantados, que estivessem inscritos nos centros de saúde onde decorriam as experiências piloto (DGS, 2016c). Numa segunda fase, foi alargado o acesso a estas consultas à população em geral, de acordo com as possibilidades em termos de agenda dos médicos dentistas. Em 2017, no seguimento do sucesso alcançado pela experiência piloto, foi definido como objetivo proporcionar consultas de medicina dentária em todos os centros de saúde do país (DGS, 2017). Na região do Algarve este programa existe atualmente nos centros de saúde de Portimão, Lagos, Loulé, Faro, Tavira e Vila Real de Santo António, em que trabalham 6 médicos dentistas. Os tratamentos realizados nestas consultas são maioritariamente extrações dentárias, tratamentos curativos como restaurações, endodontias e tratamentos preventivos como destarizações e aplicação de selantes de fissura.

No âmbito do PNPSO exercem funções nos centros de saúde da região do Algarve 10 higienistas orais distribuídos por toda a região. Estes profissionais inseridos na carreira

de técnico superior de diagnóstico e terapêutica atuam ao nível da prevenção das doenças orais, trabalhando a maior parte do tempo em actividades de saúde oral na comunidade escolar, onde realizam ações de promoção e educação para a saúde, aplicação de verniz de flúor a crianças dos jardins-de-infância públicos e IPSS, e realizam consultas de aplicação de selantes de fissura a crianças abrangidas pelo programa de cheques dentista do SNS.

3.3. Serviços de estomatologia dos hospitais públicos na região do Algarve

Na região do Algarve existem dois hospitais públicos (Faro e Portimão) com serviços de estomatologia que desenvolvem atividades nas áreas médica, cirúrgica e dentária, e prestam cuidados a doentes com multi patologia ou necessidades especiais. A referenciação para essa consulta é feita através de outras especialidades hospitalares ou através das consultas de medicina geral e familiar dos centros de saúde. Nos dois hospitais trabalham 3 estomatologistas, porém de acordo com o último relatório de Malheiro et al. (2016), da rede de referenciação hospitalar referente aos serviços de estomatologia, o número desejável de médicos para cobrir as necessidades de saúde na região do Algarve seria de 15 profissionais de saúde oral. No mesmo relatório é referido que o tempo de espera médio para conseguir a primeira consulta é de 202 dias.

3.4. Serviços de saúde oral privados na região do Algarve

De acordo com o portal Português de estatística PORDATA, em 2018 trabalhavam no Algarve 367 médicos dentistas. Não há dados disponíveis agrupados por região e por concelho do número de clínicas dentárias. Alguns médicos dentistas exercem funções em mais do que uma clínica e na mesma clínica podem trabalhar mais do que um médico dentista. O Concelho de Faro é onde trabalham mais médicos dentistas (79) seguindo-se Loulé (69), Portimão (62) e Albufeira (41). Os concelhos com menos médicos dentistas são Castro Marim (3), Vila do Bispo (3) Monchique (2) e Alcoutim (0) (PORDATA, 2020).

3.5. Programa de saúde oral para pessoas com NSE

Em 2001 a Divisão de Saúde Escolar da DGS criou o projeto “Saúde oral na deficiência” com o objetivo de reduzir as desigualdades em saúde oral, diminuir a prevalência de doenças orais nas crianças e jovens com NSE e melhorar a acessibilidade a cuidados de saúde. A intervenção era feita através das escolas ou instituições frequentadas por esses jovens. A este projeto aderiram 78 centros de saúde, que receberam 6850 escovas elétricas, 50 materiais para promoção e educação para a saúde, 60 materiais para rastreio e 10 equipamentos portáteis de estomatologia para realização de aplicação de selantes de fissura e destartarizações (DGS, 2002b).

Os dados referentes a esse projeto “Saúde oral na deficiência” são desconhecidos, não sendo possível avaliar os resultados alcançados nem a continuidade do projeto (Bizarra, 2008).

Em 2002, a Divisão de Saúde Escolar da DGS lançou o Manual de Boas Práticas em Saúde Oral destinado a quem trabalha com crianças e jovens com necessidades de saúde especiais. Este manual destina-se a profissionais de saúde, de educação, instituições e pais de crianças e jovens com NSE e tem como objetivo explicar como realizar técnicas de higiene oral, utilizando técnicas adequadas de posicionamento e adaptação de materiais de higiene oral, em função das características da pessoa com NSE (DGS, 2002c).

Em Portugal há poucos locais disponíveis e especializados para realizar tratamentos orais a pessoas com NSE (Bizarra e Graça, 2010). Os locais de referência para tratar as pessoas com NSE são os hospitais públicos da Estefânia e Santa Maria (Lisboa), hospital da Universidade de Coimbra, hospital da Universidade do Porto, Instituto Superior de Ciências do Sul e Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (DGS, 2002c).

A consulta de higiene oral para deficientes da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL) funciona desde 1987 tendo sido criada com o objetivo de dar apoio a duas instituições de pessoas com NSE onde eram desenvolvidas atividades no âmbito do estágio comunitário do curso de higiene oral (Bizarra e Graça, 2010).

O curso de Higiene Oral da FMDUL realiza, no âmbito do estágio comunitário para pessoas com NSE, ações de promoção e educação para a saúde oral, abrangendo atualmente 79 instituições e realiza consultas de higiene oral na faculdade (Bizarra e Graça, 2010). Estas consultas têm lugar uma manhã por semana e são observadas 30 pessoas com NSE (Bizarra e Graça, 2010). Em cada consulta com uma duração de cerca 90 minutos, são proporcionados ensino de higiene oral adaptados à pessoa com NSE ou acompanhantes e são realizados tratamentos preventivos como destartarização, aplicação de selantes de fissura e aplicação de fluoretos (Bizarra e Graça, 2010).

Na região do Algarve existem atualmente dois projetos de saúde oral para pessoas com NSE inseridos no âmbito das Unidades de Cuidados Na Comunidade de Loulé e Olhão, do Agrupamento de Centros de Saúde Central, da Administração Regional de Saúde do Algarve. Estes projetos específicos, desenvolvidos por higienistas orais, tem como objetivo reduzir a prevalência e incidência de doenças orais, através da realização de tratamentos preventivos como destartarização, aplicação de selantes de fissura e aplicação de fluoretos. Atualmente este projeto abrange uma instituição e três associações de pessoas com NSE dos Concelhos de Loulé e Olhão.

4. MODELO CONCEPTUAL E METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

4.1. Modelo conceptual

Na secção 2.4.2. deste trabalho, identificou-se e fez-se uma breve descrição de vários modelos relativos ao acesso a serviços de saúde. Nestes modelos, o acesso a serviços de saúde pode ser condicionado por fatores sociodemográficos, relacionados como a oferta e disponibilidade de serviços de saúde, relacionados com a satisfação com serviços de saúde e importância que se atribui à saúde. O modelo de Owens et al. (2011), apresentado na secção 2.4.3. deste trabalho, propõe um modelo conceptual que procura identificar barreiras de acesso a consultas de saúde oral por pessoas com NSE através de seis dimensões.

Para atingir o objetivo deste estudo, elaborou-se um modelo conceptual (figura n.º4.1) adaptado do modelo de Owens et al. (2011) e Ummer-Christian et al. (2018).

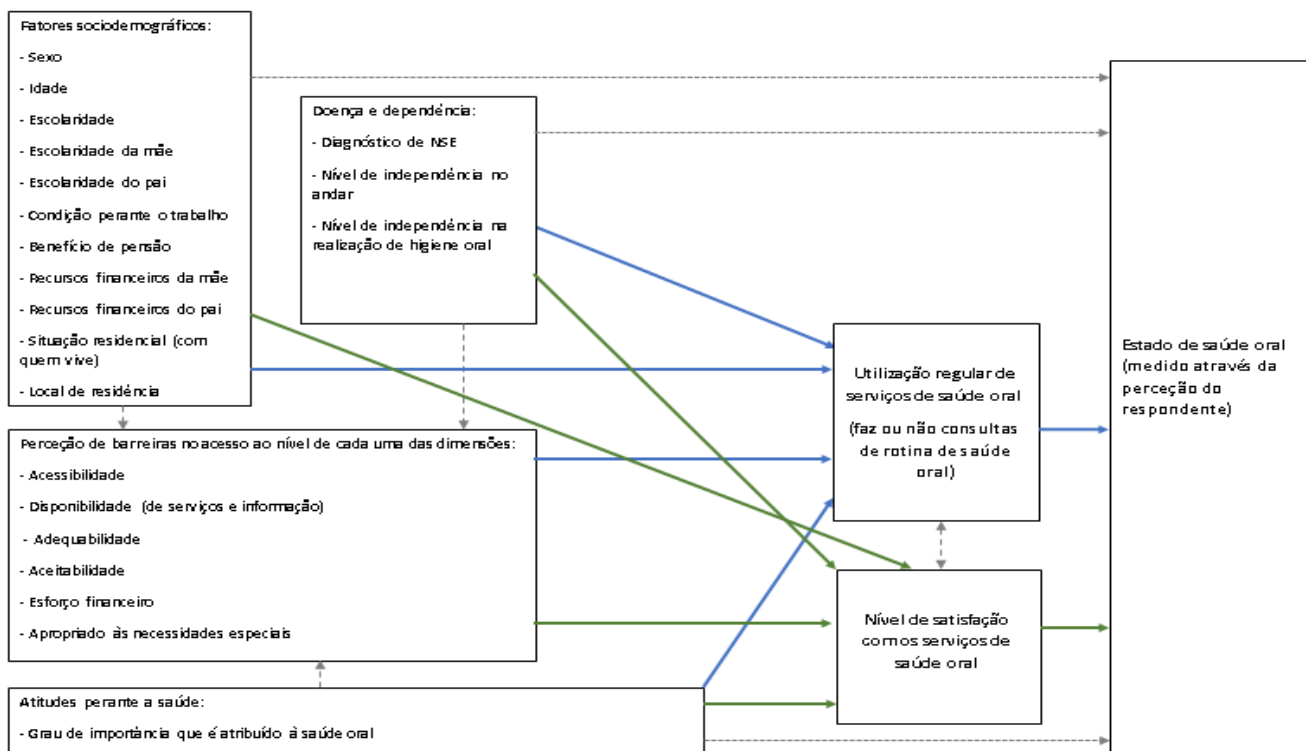


Figura n.º4.1 – Modelo conceptual das barreiras de acesso a consultas de saúde oral

Fonte: Elaboração própria (percepção de barreiras nas seis dimensões de acordo com o modelo de Owens et al. 2011 e Ummer-Christian et al. 2018)

Este modelo de análise procura estabelecer uma relação entre vários fatores (indicados no parágrafo anterior) que justifiquem uma maior ou menor utilização de serviços de saúde oral. A utilização regular de serviços de saúde oral (consultas de rotina) considerou-se neste estudo ser a melhor forma de medir o acesso a serviços de saúde oral. Os ganhos em saúde resultantes do acesso a serviços de saúde oral está apresentado neste modelo, através da percepção que as pessoas têm do estado de saúde oral da pessoa com NSE. É importante referir que o acesso a cuidados de saúde oral só pode ser considerado adequado se este se traduzir num melhor estado de saúde oral.

De seguida faz-se uma breve descrição dos fatores do modelo conceptual (apresentado na Figura n.º 4.1) e discutem-se as relações expectáveis com base na revisão de literatura. Note-se que a caracterização e descrição dos fatores associados à percepção das barreiras ao nível de cada uma das seis dimensões já foram apresentadas na secção 2.5 deste trabalho.

Nos estudos de Matos et al. (2007) e Rohr e Barcellos (2008) verificaram-se diferenças entre homens e mulheres relativamente à utilização de serviços de saúde oral. Esta diferença de utilização justifica-se, por um lado, porque os homens reportam menos os problemas de saúde oral, e por outro, porque as mulheres valorizam mais a saúde oral e têm comportamentos mais preventivos e procuram mais os serviços de saúde oral (Matos et al, 2007; Rohr e Barcellos, 2008). Na relação entre o sexo e o nível de satisfação com serviços de saúde oral, estudos indicam que as mulheres apresentam-se mais satisfeitas com os serviços de saúde oral e a justificação poderá estar relacionada com o facto de que acedem mais a serviços de saúde oral e moderam mais as suas expectativas (Ali, 2016). A relação entre o sexo e o estado de saúde oral não é clara e existem estudos contraditórios. No estudo de Esteves et al. (2017) verificou-se que as mulheres apresentavam um pior estado de saúde oral, enquanto outro estudo (Vanobbergen et al., 2010) não identificou esta associação.

Em relação à idade, as pessoas mais idosas acedem menos a serviços de saúde, por um lado, por terem mais dificuldade de acesso e, por outro, por terem menos dentes naturais na boca. Acrescentando, as pessoas mais jovens têm uma maior preocupação e oportunidade para aceder a serviços de saúde oral (Matos et al. 2007). Do mesmo modo,

as pessoas mais jovens têm menos problemas de saúde oral, apresentando maior satisfação com os serviços de saúde oral (Ali, 2016).

A escolaridade é apresentada como um fator que influencia o acesso a serviços de saúde oral. Pessoas com maior nível de escolaridade acedem mais a serviços de saúde oral (Rohr e Barcellos, 2008). Dentro do grupo das pessoas com NSE poderão existir algumas que tenham maior nível de escolaridade e por isso aceder mais a serviços de saúde oral. Por outro lado, algumas das pessoas com NSE poderão estar mais dependentes do pai ou da mãe para aceder a serviços de saúde oral e por isso justifica-se a inclusão da escolaridade do pai e da mãe neste modelo conceptual. Em relação à satisfação com os serviços de saúde oral, pessoas com maior escolaridade apresentam menor nível de satisfação, isto poderá estar relacionado com o maior conhecimento sobre a qualidade dos serviços e aumento das expectativas (Ali, 2016; Al-Ogayyel et al., 2018).

O nível socioeconómico é descrito por diversos autores como um dos fatores que produz mais desigualdades no acesso a serviços de saúde oral (Patel, 2012). Pessoas das classes socioeconómicas mais favorecidas acedem mais a serviços de saúde oral (Rohr e Barcellos, 2008) e têm melhor estado de saúde oral (Vanobbergen et al., 2009). Sendo o setor da medicina dentária em Portugal maioritariamente privado, suportar custos com consultas e tratamentos pode ser mais difícil em situação de desemprego. Justifica-se por isso incluir neste modelo a condição perante o trabalho (empregado/ desempregado) do pai e da mãe da pessoa com NSE de forma a estudar a associação que poderá existir com a utilização regular de serviços de saúde oral. Na mesma linha de pensamento, justifica-se incluir o benefício de pensão por parte da pessoa com NSE e assim verificar se é preditor da utilização regular de serviços de saúde oral.

Não foram encontrados estudos que relacionassem a utilização de serviços de saúde oral e a estrutura do agregado residencial, embora na literatura se tenha identificado que famílias monoparentais podem ser um indicador de um pior estado de saúde oral (Gallagher e Fiske, 2007). É ainda relevante mencionar que Slade et al. (1990) identificou que pessoas idosas institucionalizadas apresentavam uma probabilidade maior de não terem dentes quando comparadas com as que não viviam em instituições.

O local de habitação pode ser um preditor de utilização de serviços de saúde oral. O estudo de Matos et al. (2003) identificou que pessoas que vivem em zonas rurais

accedem menos a serviços de saúde oral. Locais mais isolados podem ter menos disponibilidade de serviços de saúde oral. Para além de poder estar associado a diferenças de acesso a serviços de saúde oral, o local de residência pode influenciar também o estado de saúde oral (Fisher-Owens et al., 2016).

Em relação às atitudes perante a saúde, pessoas que atribuem mais importância à saúde oral atribuem maior importância aos hábitos de higiene oral e à necessidade de fazer consultas de saúde oral, e conseqüentemente, apresentarão um melhor estado de saúde oral (Broadbent, 2006).

Não foram encontrados estudos que identificassem diferenças de utilização de serviços de saúde oral por tipo de diagnóstico de NSE. As pessoas com NSE pertencem a grupos vulneráveis, os quais têm, no geral mais dificuldade de acesso a consultas de saúde oral. Em relação ao estado de saúde oral, o estudo de Gace et al. (2014), que avaliou o estado de saúde oral entre crianças com NSE na Albânia, identificou diferenças no estado de saúde oral entre diferentes diagnósticos de NSE.

Não foram encontrados estudos que permitissem estabelecer uma relação entre o nível de independência no andar e a utilização regular de serviços de saúde oral. No entanto, entende-se que associado a um menor grau de independência poderá estar um menor grau de autonomia para se deslocar para as consultas.

Em relação ao grau de independência na realização de higiene oral, o estudo de Esteves et al. (2017) verificou que pessoas com NSE mais dependentes tinham melhor estado de saúde oral. Este resultado, de acordo com os autores, pode ser justificado com o fato de serem terceiros a realizar a higiene oral da pessoa com NSE e, por isso, a mesma ser mais efetiva.

No modelo conceptual proposto neste estudo, o acesso a serviços de saúde oral mediu-se através da utilização regular de serviços de saúde oral por parte de pessoas com NSE. Alguns dos estudos revistos encontraram percentagens baixas de pessoas com NSE que fazem consultas regulares de saúde oral (Habashneh et al., 2011; Hedge et al., 2015). Por outro lado, as pessoas que fazem mais regularmente consultas de saúde oral têm melhores estados de saúde oral (Antunes et al., 2007).

Por último, pessoas menos satisfeitas com os serviços de saúde oral poderão aceder menos a consultas regulares de saúde oral, pelo que, justifica-se a inclusão desta relação

neste modelo conceptual e assim estudar se o nível de satisfação se apresenta como barreira de acesso.

4.2. Objetivos e hipóteses de investigação

Como foi referido anteriormente, esta investigação tem como objetivo geral estudar o acesso a cuidados de saúde oral por parte de pessoas com NSE que vivem na região do Algarve, e a sua relação com o estado de saúde oral percecionado. Para atingir este objetivo geral, estabeleceram-se cinco objetivos específicos.

Objetivo n.º 1 (O1) - Caracterizar a utilização de serviços de saúde oral por pessoas com NSE na região do Algarve.

Objetivo n.º 2 (O2) - Identificar as barreiras de acesso a consultas de saúde oral percecionadas por pessoas com NSE na região do Algarve.

Objetivo n.º 3 (O3) - Estudar os fatores que se associam à utilização regular de serviços de saúde oral das pessoas com NSE na região do Algarve

Objetivo n.º 4 (O4) - Estudar os fatores que se associam ao nível de satisfação com os serviços de saúde oral na região do Algarve.

Objetivo n.º 5 (O5) - Estudar os fatores que se associam ao estado de saúde oral percecionado das pessoas com NSE na região do Algarve.

Relativamente aos objetivos específicos 3, 4 e 5 estabeleceram-se três conjuntos de testes de hipóteses através da formulação de hipótese nula (H0) e hipótese alternativa (H1).

Para o objetivo n.º3, estabeleceu-se o seguinte conjunto de hipóteses:

Conjunto de hipótese n.º 1 a testar - Existe associação estatisticamente significativa entre a utilização regular de serviços de saúde e: 1) Fatores sociodemográficos: sexo, idade, escolaridade da pessoa com NSE, escolaridade do pai, escolaridade da mãe, condição perante o trabalho, benefício de pensão, recursos financeiros do pai, recursos financeiros da mãe, situação residencial, local onde vive; 2) Diagnóstico de NSE e dependência; 3) Perceção de barreiras de acesso em cada uma das dimensões

(acessibilidade, disponibilidade de serviços e informação, adequabilidade, aceitabilidade, esforço financeiro, apropriado às necessidades especiais); 4) Atitudes perante a saúde; 5) Nível de satisfação com serviços de saúde oral.

Segue-se um exemplo de formulação da hipótese nula (H0) e hipótese alternativa (H1) para a variável sexo do conjunto de hipóteses n.º1. As outras hipóteses foram formuladas de forma semelhante.

H0: Não existe uma associação estatisticamente significativa entre o sexo e a utilização regular de serviços de saúde oral.

H1: Existe uma associação estatisticamente significativa entre o sexo e a utilização regular de serviços de saúde oral.

Por sua vez, para o objetivo n.º4, o conjunto de hipóteses é o seguinte:

Conjunto de hipótese n.º 2 a testar - Existe associação estatisticamente significativa entre o nível de satisfação com serviços de saúde oral na região do Algarve e: 1) Utilização regular de serviços de saúde oral; 2) Fatores sociodemográficos: sexo, idade, escolaridade da pessoa com NSE, escolaridade do pai, escolaridade da mãe, condição perante o trabalho, benefício de pensão, recursos financeiros do pai, recursos financeiros da mãe, situação residencial, local onde vive; 3) Diagnóstico de NSE e dependência; 4) Perceção de barreiras de acesso em cada uma das dimensões (acessibilidade, disponibilidade de serviços e informação, adequabilidade, aceitabilidade, esforço financeiro, apropriado às necessidades especiais); 5) Atitudes perante a saúde.

Segue-se um exemplo de formulação da hipótese nula (H0) e hipótese alternativa (H1) para a variável diagnóstico de NSE do conjunto de hipóteses n.º 2. As outras hipóteses foram formuladas de forma semelhante.

H0: Não existe uma associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico de NSE e o nível de satisfação com os serviços de saúde oral.

H1: Existe uma associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico de NSE e o nível de satisfação com os serviços de saúde oral.

Finalmente, para o objetivo n.º5, o conjunto de hipóteses é o seguinte:

Conjunto de hipótese n.º 3 a testar - Existe associação estatisticamente significativa entre o estado de saúde oral percecionado e: 1) Utilização regular de serviços de saúde oral; 2) Fatores sociodemográficos: sexo, idade, escolaridade da pessoa com NSE, escolaridade do pai, escolaridade da mãe, condição perante o trabalho, benefício de pensão, recursos financeiros do pai, recursos financeiros da mãe, situação residencial, local onde vive; 3) Diagnóstico de NSE e dependência; 4) Perceção de barreiras de acesso em cada uma das dimensões (acessibilidade, disponibilidade de serviços e informação, adequabilidade, aceitabilidade, esforço financeiro, apropriado às necessidades especiais); 5) Atitudes perante a saúde.

Segue-se um exemplo de formulação da hipótese nula (H0) e hipótese alternativa (H1) para a variável atitudes perante a saúde do conjunto de hipóteses n.º 3. As outras hipóteses foram formuladas de forma semelhante.

H0: Não existe uma associação estatisticamente significativa entre as atitudes perante a saúde e o estado de saúde oral percecionado.

H1: Existe uma associação estatisticamente significativa entre as atitudes perante a saúde e o estado de saúde oral percecionado.

4.3. População alvo e amostra

O estudo do acesso a consultas de saúde oral por pessoas com NSE, na região do Algarve, foi realizado através da entrega de questionários a pessoas com NSE (que frequentam instituições que dão apoio a pessoas com NSE) ou aos seus cuidadores.

Identificaram-se as instituições através de listagem disponível de IPSS no website da Segurança Social (www.seg-social.pt). Procurou-se identificar todas as instituições que trabalham com NSE a partir da referida listagem, tendo sido identificadas 12 instituições da região do Algarve, localizando-se três no Barlavento Algarvio, oito na região Centro e uma no Sotavento. Uma das instituições do Barlavento Algarvio não conseguiu participar no estudo, pelo que foram incluídas neste estudo 11 instituições.

Realizou-se um contato telefónico aos Diretores das instituições ou Diretores Técnicos para apresentar o estudo e os seus objetivos e solicitar a participação, através da

distribuição de questionários pelos cuidadores das pessoas com NSE ou pelas pessoas com NSE desde que tivessem autonomia para o fazer.

A amostra da população incluída neste estudo foi por conveniência. Estamos conscientes da limitação envolvida no uso deste tipo de amostra, mas, não nos foi possível aceder a uma lista completa de pessoas com NSE na região do Algarve, por forma a podermos extrair uma amostra aleatória. As Instituições identificaram o número de utentes com NSE a quem dão apoio mas, tendo em conta que alguns dos utentes não frequentam regularmente as instituições, não foi possível incluir neste estudo a totalidade dos utentes abrangidos pelas instituições. Foram enviados para as instituições 453 questionários e respetivos consentimentos informados. O número de questionários enviado foi o permitido pelas instituições participantes.

O consentimento informado foi elaborado de acordo com o Regulamento Europeu de Proteção de Dados Pessoais – EU 2016/679 - que autoriza a recolha e tratamento dos dados recolhidos. O tratamento dos dados foi realizado de forma confidencial e anónima.

Foram devolvidos 226 questionários e 209 foram considerados válidos. Foram excluídos do estudo questionários que apresentaram respostas muito incompletas, ausência do consentimento informado preenchido e que apresentaram respostas dúbias.

A taxa de resposta dos questionários situou-se nos 49,9% e a percentagem de questionários validados e incluídos no estudo, face ao total enviado, foi de 46,1%.

4.4. Desenho do questionário

Para avaliar o acesso de pessoas com NSE a consultas de saúde oral na região do Algarve, foi elaborado um questionário (Anexo 7) de 37 questões, que permitisse responder aos objetivos e hipóteses de investigação deste estudo. O questionário incluiu questões de escolha única e múltipla e questões abertas, que permitissem ao respondente dar uma resposta mais específica.

O design do questionário foi adaptado de um questionário realizado por B. Lai em 2011, no âmbito da tese de mestrado que realizou, na Universidade da Carolina do Norte nos EUA. Na sua tese foram estudadas as necessidades não satisfeitas e barreiras a cuidados

de saúde oral de crianças com desordens do espectro do autismo. Foi realizado um pedido de autorização por e-mail à autora relativamente à possibilidade de aplicação do questionário. A autorização foi dada.

Foi realizado um pré teste do questionário a três cuidadores de pessoas com NSE para testar a validade e verificar a adequabilidade aos objetivos do estudo. O pré-teste confirmou a adequabilidade do questionário, tendo sido feitos alguns ajustamentos.

4.5. Apresentação das variáveis em estudo

As questões incluídas no questionário procuraram responder aos objetivos e hipóteses de investigação deste estudo, seguindo o modelo conceptual das barreiras de acesso de pessoas com NSE a consultas de saúde oral (discutido no capítulo de revisão de literatura). De seguida faz-se a descrição das variáveis incluídas no questionário.

Caracterização sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica da população alvo deste estudo realizou-se com questões sobre: idade, sexo, escolaridade da pessoa com NSE, escolaridade da mãe e do pai, situação da pessoa com NSE perante o trabalho e a escola, benefício de pensão, situação residencial, concelho de residência e, por último, a situação profissional do pai e da mãe da pessoa com NSE.

A variável idade, de forma a possibilitar a sua análise, foi agrupada em 5 categorias (0-4 anos, 5-14 anos, 15-24 anos, 25-64 anos e 65 ou mais anos de idade. A variável concelho de residência foi categorizada em 3 categorias tendo por referência as 3 regiões dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde do Algarve (ACES Barlavento, ACES Central e ACES Sotavento). Assim o respetivo agrupamento dos Concelhos foi feito em: Barlavento (Vila do Bispo, Aljezur, Monchique, Lagos, Portimão, Lagoa e Silves); Centro (Albufeira, Loulé, Faro, Olhão e São Brás de Alportel) e Sotavento (Tavira, Alcoutim, Castro Marim e Vila Real de Santo António).

Diagnóstico NSE e dependência

Para identificar o diagnóstico de NSE e dependência, foram incluídas questões sobre: o diagnóstico de NSE, o grau de independência no andar e, por último, o grau de independência na realização de higiene oral.

Atitudes perante a saúde, nível de satisfação com serviços de saúde oral e estado de saúde oral percebido.

Por forma a determinar as atitudes perante a saúde, o nível de satisfação com os serviços de saúde oral e a percepção do estado de saúde oral, usaram-se, respectivamente, questões sobre o grau de importância que é atribuído à saúde oral, qual o nível de satisfação com os serviços de saúde oral e o estado de saúde oral percebido.

Utilização regular de serviços de saúde e caracterização de utilização de serviços de saúde oral

Para identificar a utilização regular de serviços de saúde oral e caracterizar a utilização de serviços de saúde oral por parte das pessoas com NSE, foram incluídas as seguintes questões: faz ou não consultas de saúde oral de rotina; qual a periodicidade das consultas de rotina; precisou de consulta de saúde oral no último ano mas não conseguiu; já teve alguma vez consulta de saúde oral; onde foi realizada a última consulta; há quanto tempo foi realizada a última consulta; qual o motivo para a última consulta; como foi paga a última consulta; qual o meio de transporte utilizado e quanto tempo demorou.

Barreiras de acesso a consultas de saúde oral nas seis dimensões

As barreiras de acesso a consultas de saúde oral podem ser percebidas pelas pessoas com NSE quando têm uma consulta de saúde oral ou como razão para não ter consultas. Para determinar as barreiras de acesso, de cada uma das dimensões, e de forma a abranger as várias possibilidades de utilização ou não utilização de serviços de saúde oral, foram realizadas questões sobre barreiras de acesso em quatro situações distintas:

Questão n.º 20- Especifique os motivos porque não faz consultas de rotina

Questão n.º 22- Qual a razão para no último ano a pessoa com NSE ter precisado de consulta de saúde oral mas não ter conseguido?

Questão n.º 31- O que se aplicou na última consulta de saúde oral?

Questão n.º 35- Qual a razão para a pessoa com NSE nunca ter tido uma consulta de saúde oral?

As questões n.º 22, 31 e 35, são de resposta fechada, com possibilidade de múltipla resposta, e com possibilidade, de o respondente acrescentar no fim mais alguma barreira.

A questão n.º 20 é de resposta aberta, permitindo ao respondente especificar os motivos para a pessoa com NSE não fazer consultas de rotina. As respostas dadas nesta questão, foram posteriormente analisadas e convertidas nas possibilidades de respostas correspondentes a cada uma das variáveis na dimensão que consta na tabela 4.1. Importa referir que, após a análise e a conversão das respostas, verificou-se que nesta questão nenhum dos respondentes indicou barreiras de acesso ao nível da dimensão aceitabilidade e adequabilidade.

Na questão n.º31 sobre a situação - O que se aplicou na última consulta? – não foram incluídas possibilidades de resposta na dimensão - Esforço financeiro – pois esta questão pretende perceber o que de relevante se passou durante a consulta, e tendo-se considerado que, se a pessoa com NSE teve a consulta, não indicaria motivos financeiros para não a ter.

A tabela 4.1 mostra as variáveis das dimensões do acesso incluídas nas questões n.º 20, 22, 31 e 35 e que correspondem às barreiras de acesso percecionadas em cada uma das dimensões.

Tabela 4.1 – Variáveis das 6 dimensões das barreiras de acesso	
Dimensão das barreiras de acesso a consultas de saúde oral por pessoas com NSE	Variáveis na dimensão
Acessibilidade	Clínica/hospital/centro de saúde é muito longe
	Inexistência de transporte público
	Horário limitado dos transportes públicos
	Dificuldade para entrar na clínica/hospital/centro de saúde (por exemplo ausência de rampas de acesso ou elevadores)
	Problema de estacionamento perto da clínica/hospital/centro de saúde
Disponibilidade de Serviços e informação	Falta de informação sobre as instituições/ organizações onde existem consultas de saúde oral para pessoas com necessidades de saúde especiais
	Clínica/hospital/centro de saúde sem equipamentos e instalações adequadas para tratar pessoas com necessidades de saúde especiais
	Outros problemas de saúde da pessoa com necessidades de saúde especiais são mais importantes
	Não tem problemas de saúde oral
	É muito novo
	Problemas de saúde oral não justificam
Adequabilidade	Tempo de espera para a consulta muito longo
	Aguardo contacto da clínica/hospital/centro de saúde para agendar a data da consulta
	Tempo na sala de espera da clínica muito longo
	Falta de tempo para ir à consulta
	Dificuldade em marcar consulta por telefone
	Horário de funcionamento da clínica/hospital/centro de saúde
Aceitabilidade	Recusa do profissional de saúde oral em fazer a consulta
	Profissionais da Clínica/hospital/centro de saúde pouco à vontade/ pouco preparados para lidar com pessoas com necessidades de saúde especiais
	Profissional de saúde oral com pouca experiência em tratar pessoas com necessidade de saúde especiais
Esforço financeiro	Preços das consultas de saúde oral muito elevados
	Custos com transportes muito elevados
	Clínica/hospital/centro de saúde não aceita seguro de saúde / subsistema de saúde/ convenções
	Clínica/hospital/centro de saúde não aceita cheques dentista
Apropriado às necessidades especiais	A pessoa com necessidades de saúde especiais teve medo da consulta ou tem medo da consulta
	Pessoa com necessidades de saúde especiais teve dificuldade em se sentar na cadeira
	Problemas de saúde da pessoa com necessidades de saúde especiais não permitem consulta de saúde oral
	Pessoa com necessidades de saúde especiais não colabora na consulta de saúde oral ou teve dificuldade em colaborar na consulta
	Preocupação com necessidade de anestesia geral para tratamentos dentários

Barreiras de acesso a consultas de saúde oral nas seis dimensões – Variáveis Dummy

Para determinar o número total de pessoas que percecionaram barreiras de acesso, numa determinada dimensão, tendo os respondentes indicado barreiras em quatro situações relativamente a consultas de saúde oral (questões n.º 20, 22, 31 35), procedeu-se à codificação das respostas através de variáveis dummy.

Numa primeira fase, foram criadas variáveis dummy para cada uma das quatro questões. Cada um dos respondentes que assinalou pelo menos uma barreira de acesso de uma determinada dimensão nessa questão foi codificado com o valor de 1 (perceção de barreira de acesso naquela questão) e a ausência de barreiras de acesso foi codificado com o valor de 0.

A tabela 4.2 mostra um exemplo da codificação, na primeira fase, das respostas na variável dummy para a questão n.º 31, no que respeita à dimensão acessibilidade: Qual das seguintes situações se aplicou na última consulta? Pode-se observar que o respondente 1 indicou dificuldade em entrar na clínica e foi codificado com o valor 1, enquanto o respondente 2 não indicou nenhuma barreira e a codificação correspondente é 0 e o respondente 3 assinalou dificuldade em entrar na clínica e problemas de estacionamento e o valor da codificação é 1. Podemos observar que duas pessoas percecionaram pelo menos uma barreira de acesso na dimensão acessibilidade na questão n.º 31.

Tabela 4.2 – Exemplo da codificação na primeira fase, das respostas na variável dummy			
Questão n.º 31 – Qual das seguintes situações se aplicou na última consulta de saúde oral			
Dimensão Acessibilidade			
	Dificuldade para entrar na clínica/hospital/centro de saúde	Problema de estacionamento perto da clínica/hospital/centro de saúde	Codificação da variável dummy da questão n.º31
Respondente 1	1	0	1
Respondente 2	0	0	0
Respondente 3	1	1	1

Numa segunda fase, foram criadas variáveis dummy para cada uma das 6 dimensões das barreiras de acesso. Cada um dos respondentes que apresentava valor de 1 em qualquer das quatro questões, numa determinada dimensão, foi codificado como valor de 1 (perceção de barreira de acesso naquela dimensão). Se teve valor de 0 em todas as questões foi codificado com o valor de 0 (não percecionou barreiras de acesso naquela dimensão nas quatro questões).

A tabela 4.3 mostra um exemplo da codificação da conversão da segunda fase, das respostas na variável dummy na dimensão acessibilidade para todas as quatro questões. Pode observar-se que o respondente 1 indicou barreiras na dimensão acessibilidade em relação à última consulta que teve e a codificação correspondente é 1. O respondente 2 não indicou barreiras em nenhuma das quatro questões e foi codificado com o valor 0. Por último, o respondente 3 indicou barreiras na dimensão acessibilidade nas questões – qual o motivo para não fazer consultas de rotina; qual a razão para no último ano não ter conseguido consulta e o que se aplicou na última consulta – e foi codificado com o valor 1. Podemos observar que duas pessoas percecionaram pelo menos uma barreira de acesso na dimensão acessibilidade em pelo menos uma das quatro questões.

Tabela 4.3 – Exemplo da codificação na segunda fase, das respostas na variável dummy					
Barreira de acesso na dimensão Acessibilidade nas quatro questões.					
	Questão n.º 20: Especifique o motivo para não fazer consultas de rotina	Questão n.º 22: Qual a razão para no último ano não ter conseguido consulta	Questão n.º 31: O que se aplicou na última consulta	Questão n.º 35: Qual a razão para nunca ter tido consulta	Codificação da variável dummy da dimensão acessibilidade
Respondente 1	0	0	1	0	1
Respondente 2	0	0	0	0	0
Respondente 3	1	1	1	0	1
Total de respondentes que percecionaram pelo menos uma barreira em pelo menos uma das questões					2

4.6. Análise de dados

Os dados recolhidos foram inseridos e analisados com o auxílio do software de análise estatística IBM SPSS *Statistics* 24. Para responder ao objetivo n.º 1 (O1) e ao objetivo n.º 2 (O2) realizou-se a análise através de estatística descritiva de frequências e percentagens. Os dados obtidos foram convertidos em tabelas e gráficos, para facilitar a sua compreensão. Nas perguntas em que os respondentes não assinalaram nenhuma opção de resposta, os dados foram tratados como valores omissos, e nestes casos, foram subtraídos ao número total de possíveis respondentes de uma determinada questão.

Posteriormente, para atingir os objetivos n.º 3 (O3), n.º 4 (O4) e n.º 5 (O5), testou-se a independência entre variáveis com recurso ao teste do Chi-Quadrado ou ao teste de Fisher (quando eram duas variáveis nominais ou uma nominal e outra ordinal). Mediuse a força de associação de dependência entre variáveis com recurso ao coeficiente de correlação V de Cramer. Para medir a força de associação entre duas variáveis ordinais, usou-se o coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância utilizado foi de 0.05 ($p < 0.05$). Os dados obtidos foram convertidos em tabelas e apresentados através de representação do modelo conceptual, explicitando as relações entre variáveis estatisticamente significativas.

O teste do Chi-Quadrado permite fazer a análise da independência entre duas variáveis categóricas nominais, ou uma nominal e outra ordinal. Neste teste, a hipótese nula (H_0) é que as duas variáveis em estudo são independentes. A hipótese alternativa (H_1) é a de que existe uma associação entre as variáveis. Se a probabilidade de significância for inferior a 0.05 ($p < 0.05$) rejeitamos a hipótese nula e aceitamos a hipótese alternativa, assumindo assim a dependência entre as duas variáveis (Maroco, 2018).

O teste de independência do Chi-Quadrado pressupõe a independência entre as observações, ou seja, pressupõe que cada frequência observada na tabela de contingência foi obtida por um respondente diferente (Gravetter e Wallnau, 2013).

O teste do Chi-Quadrado para ser válido tem de respeitar os seguintes pressupostos: o número de observações deve ser superior a 20 ($n > 20$), todos os valores esperados têm de ser superiores a 1 e pelo menos 80% dos valores esperados têm de ser superiores a 5 (Maroco, 2018). Interpretações com valores esperados baixos devem ser cautelosas, por o número de observações ser reduzido.

Tal como sugerido por Maroco (2018), quando os pressupostos do teste não estavam cumpridos, realizou-se a análise com o teste de Fisher. Este teste é uma alternativa ao teste do Chi-Quadrado, embora só possa ser utilizado em tabelas de contingência 2X2. A interpretação dos valores obtidos com o teste de Fisher é idêntica à do teste do Chi-Quadrado, relativamente à análise de dependência entre variáveis, embora não tenha as limitações dos pressupostos do teste do Chi-Quadrado.

Nas situações em que os pressupostos do teste do Chi-Quadrado não estavam cumpridos e não fosse possível aplicar o teste de Fisher (tabelas de contingência superiores a 2X2) procedeu-se ao agrupamento das categorias de cada variável de modo a aumentar a frequência esperada. Este agrupamento pode ser realizado, mas de modo a não desprover o estudo de significado (Maroco, 2018).

Podemos observar na tabela 4.4 o agrupamento das variáveis que foi realizado para ultrapassar o problema das frequências mínimas esperadas:

Tabela 4.4 – Agrupamento de variáveis	
Variável	Variável agrupada
Escolaridade da pessoa com NSE/ Mãe/ Pai	
Não saber ler nem escrever	Não saber ler nem escrever
Sabe ler e escrever	Sabe ler e escrever/ instrução primária
1.º - 4.º ano do ensino primário	
5.º - 6.º ano	
7.º - 9.º ano	2.º e 3.º ciclo do ensino básico
10.º - 12.º ano	Ensino secundário
Licenciatura	Ensino superior
Mestrado	
Doutoramento	
Qual o estado de saúde oral da pessoa com NSE	
Muito mau	Mau
Mau	
Razoável	Razoável
Bom	Bom
Muito bom	
Qual o grau de satisfação com a última consulta de saúde oral	
Nada satisfeito	Insatisfeito
Pouco satisfeito	
Nem satisfeito/ nem insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito
Satisfeito	Satisfeito
Muito satisfeito	

Quando, mesmo após o agrupamento de variáveis, não foi possível utilizar o teste do Chi-quadrado, por os pressupostos do teste não terem sido cumpridos, e não foi possível utilizar o teste de Fisher, por serem tabelas de contingência superiores a 2X2, não foi realizada análise entre variáveis.

O coeficiente de correlação V de Cramer mede a intensidade de associação entre duas variáveis dependentes, e é útil para determinar em que medida é que o fator estudado pode ser explicado pela variável independente, permitindo estabelecer conclusões mais corretas em relação às variáveis que mostram significância estatística (McHugh, 2013).

Os valores do V de Cramer variam entre 0 e 1, em que os valores próximos de 0 indicam associações fracas e valores próximos de 1 indicam associações fortes. Os valores de V de Cramer inferiores a 0.2 não foram considerados neste estudo. Gravetter e Wallnau (2013) consideram que valores iguais ou inferiores a 0.1 de V de Cramer representam uma correlação fraca, e neste estudo, considerou-se utilizar o valor de 0.2 de forma a estabelecer forças de associação mais conservadoras e cautelosas.

O coeficiente de correlação de Spearman é uma medida de associação entre duas variáveis pelo menos ordinais, que mede a intensidade e a direção da associação. Os valores do coeficiente variam entre -1 e 1, sendo que valores próximos de 0 indicam não haver associação e valores próximos de -1 ou 1 indicam uma associação muito forte, negativa ou positiva, respetivamente (Maroco, 2018).

Para determinar se o valor do coeficiente de correlação é estatisticamente significativo, usou-se um nível de significância de 0.05 em que, se $p < 0.05$, rejeitamos a hipótese nula (H_0) e aceitamos a hipótese alternativa (H_1). Nesses casos, temos 95% de confiança de que a hipótese alternativa é verdadeira. Nos casos em que $p > 0.05$ não temos condições para rejeitar a hipótese nula porque não existe evidência suficiente para concluir que a hipótese nula é falsa com 95% de confiança.

5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos nos questionários, os quais procuram dar resposta aos objetivos deste estudo.

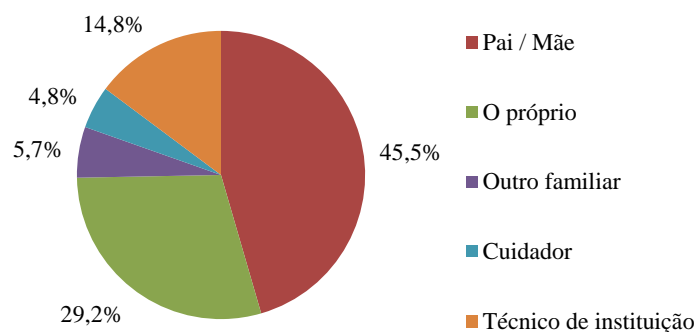
Na primeira parte faz-se a caracterização da amostra apresentando-se os resultados referentes a cada variável do modelo conceptual das barreiras de acesso a consultas de saúde oral por pessoas com NSE (fatores sociodemográficos, diagnóstico e dependência, atitudes perante a saúde, nível de satisfação com serviços de saúde oral e estado de saúde oral percebido). De seguida, apresentam-se os resultados que caracterizam a utilização de serviços de saúde oral, respondendo assim ao objetivo n.º 1, seguindo-se a apresentação dos resultados sobre a perceção de barreiras de acesso a consultas de saúde oral por pessoas com NSE, indo de encontro ao objetivo n.º 2.

Por último, apresentam-se os resultados relativos à confirmação/infirmação das hipóteses, que permitem identificar os fatores que se associam à utilização regular de serviços de saúde oral (objetivo n.º3), avaliar os fatores que se associam ao nível de satisfação com os serviços de saúde oral (objetivo n.º4) e identificar os fatores que associam ao estado de saúde oral percebido (objetivo n.º5).

5.1. Caracterização da amostra

Dos questionários recolhidos, pode observar-se na figura 5.1, que a maioria foi preenchida pelo pai ou pela mãe da pessoa com NSE (n=95). As pessoas com NSE (o próprio) foram quem deu o segundo maior número de respostas aos questionários (n=61). Os técnicos das instituições foram quem deu o terceiro maior número de respostas (n=31).

Figura 5.1 - Quem responde ao questionário? (n=209)



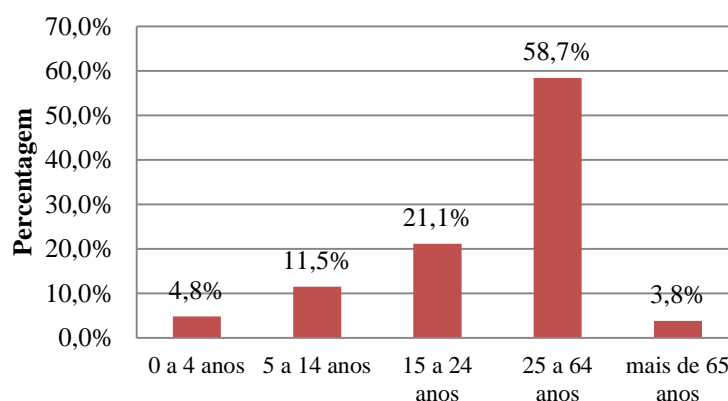
Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Fatores sociodemográficos

Os valores relativos aos fatores sociodemográficos e que estão apresentados nas figuras 5.2 até à figura 5.10 constam na tabela A1 (anexo 1).

Na figura 5.2 verifica-se que, na amostra analisada, o maior número de pessoas com NSE encontra-se na faixa etária dos 25 aos 64 anos ($n=122$) seguindo-se a faixa etária dos 15 aos 24 anos ($n=44$). As faixas etárias com menor número de pessoas com NSE são dos 5 aos 14 anos ($n=24$) dos 0 aos 4 anos ($n=10$) e mais de 65 anos de idade ($n=8$).

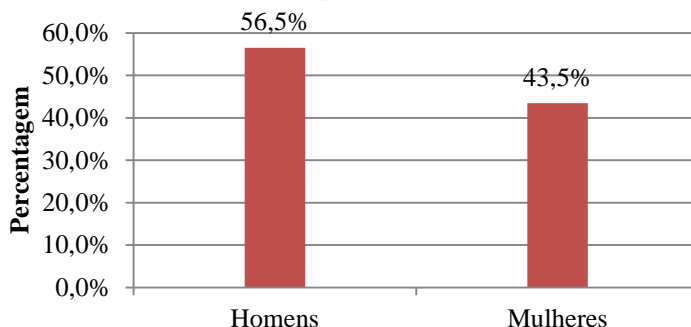
Figura 5.2 -Idade da pessoa com NSE (N=208)



Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Como se pode verificar na figura 5.3, 56,5% ($n=117$) dos participantes na nossa amostra são homens e 43,5% ($n=90$) são mulheres.

Figura 5.3 Sexo da pessoa com NSE (n=207)

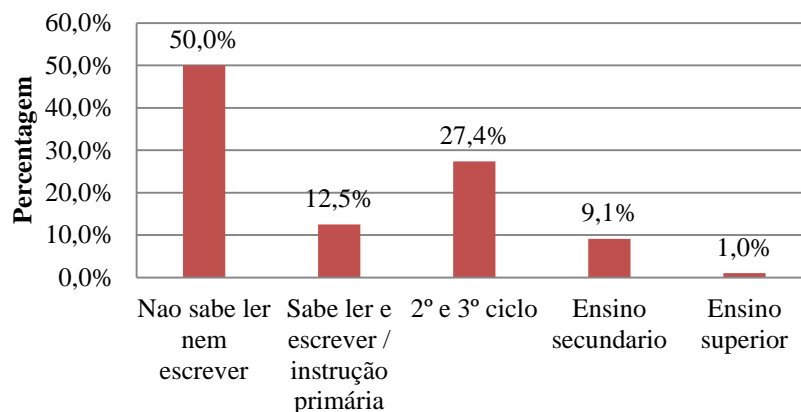


Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Analisando a escolaridade das pessoas com NSE da amostra, observa-se na figura 5.4 que 50% das pessoas com NSE não sabem ler nem escrever ($n=104$), representando o maior grupo. Frequentaram o 2.º e 3.º ciclo do ensino básico 27,4% das pessoas com

NSE da amostra (n=57) e na categoria de sabe ler e escrever/ instrução primária estão 12,5% das pessoas com NSE da amostra (n=26). A frequência no ensino secundário foi realizada por 9,1% das pessoas com NSE (n=19) e no ensino superior apenas 1% (n=2).

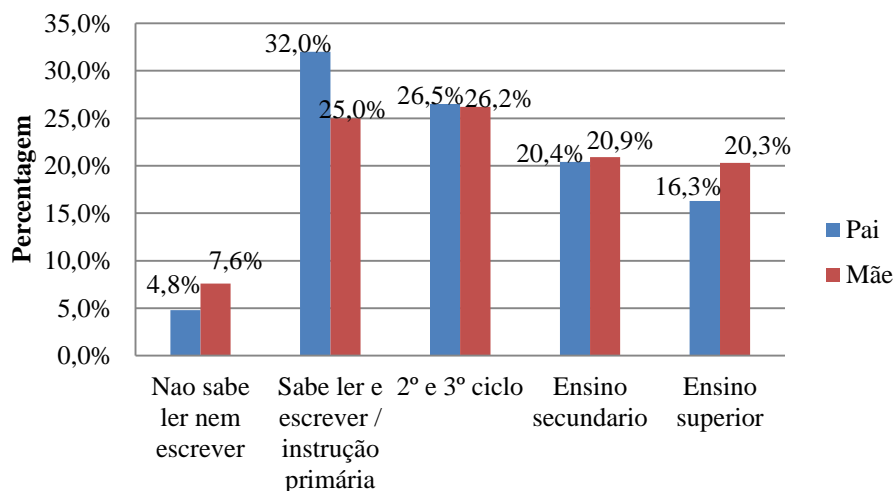
Figura 5.4 - Escolaridade da pessoa com NSE (n=208)



Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

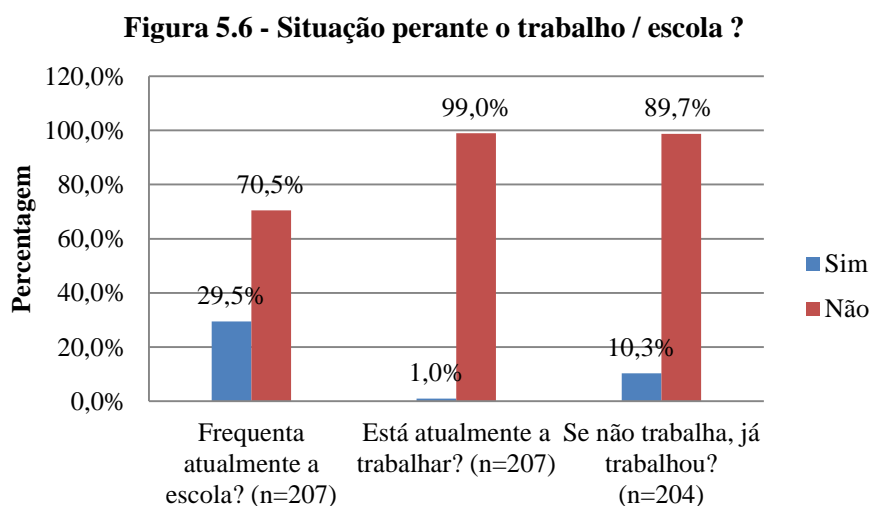
Em relação à escolaridade do pai e da mãe da pessoa com NSE da amostra, observa-se na figura 5.5 que 4,8% dos pais (n=7) e 7,6% das mães (n=13) não sabem ler nem escrever. Analisando a distribuição pelas categorias, observa-se que os pais têm um valor mais elevado na categoria sabe ler e escrever/ instrução primária com 32% (n=47) enquanto as mães têm um valor mais elevado na categoria do 2.º e 3.º ciclo com 26,2% (n=45). Comparando a escolaridade dos pais com as mães, verifica-se que as mães têm maiores percentagens nas categorias do ensino secundário (n=36) e ensino superior (n=35), mas também na categoria mais baixa de não sabe nem ler nem escrever.

Figura 5.5 - Escolaridade do Pai (n=147) e da Mãe (n=172)



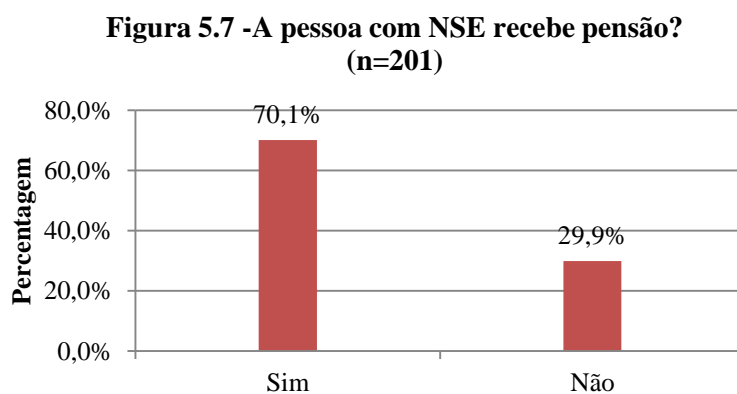
Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

A figura 5.6 faz a caracterização da amostra em relação à situação perante a ocupação profissional ou escolar. Pode observar-se que 70,5% das pessoas com NSE não frequenta a escola (n=146), 99% não tem atualmente ocupação profissional (n=205) e 89,7% nunca trabalhou (n=183).



Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Analisando se a pessoa com NSE recebe alguma pensão, pode verificar-se na figura 5.7 que 70,1% das pessoas com NSE recebem pensão (n=141) e que 29,9% das pessoas com NSE não recebem nenhum tipo de pensão (n=60).

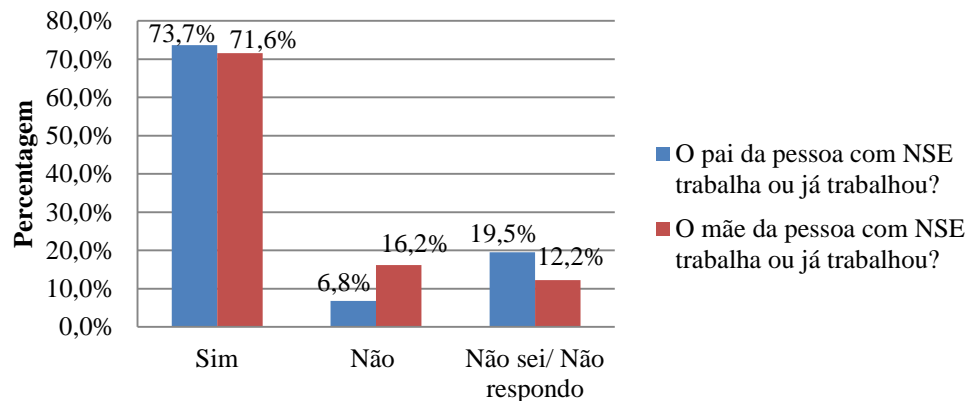


Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Em relação à situação profissional do pai e da mãe da pessoa com NSE verifica-se na figura 5.8 que 71,6% das mães trabalha ou já trabalhou (n=141) e 73,7% dos pais trabalha ou já trabalhou (n=140). Comparando a situação profissional dos pais e das

mães, observa-se que as mães apresentam uma percentagem mais elevada (16,2%) em relação a não trabalhar ou nunca ter trabalhado (n=32).

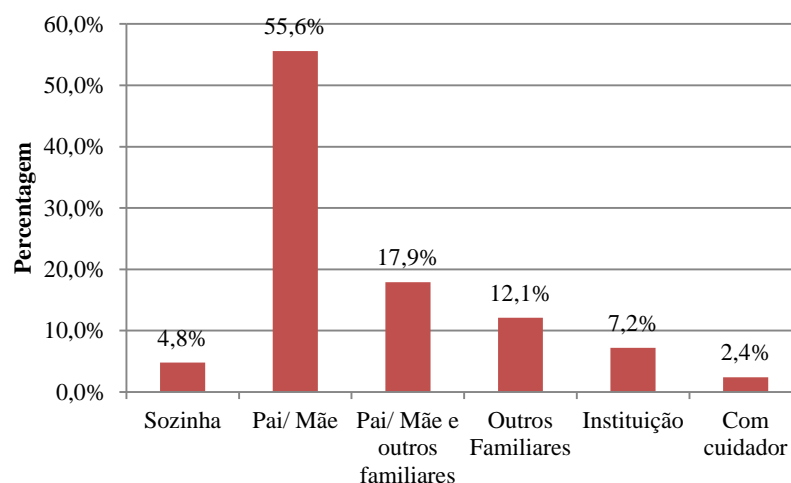
Figura 5.8 - Situação profissional do Pai (n=190) e da Mãe (n=197)



Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Analisando a estrutura do agregado doméstico das pessoas com NSE, na amostra analisada, verifica-se na figura 5.9 que 55,6% das pessoas com NSE vivem com o pai e/ou a mãe (n=115), 17,9% vivem com o pai e/ou mãe e outros familiares (n=37) enquanto 7,2% das pessoas com NSE vivem em instituições (n=15), 4,8% pessoas vivem sozinhas (n=10) e 2,4% vivem com cuidadores (n=5).

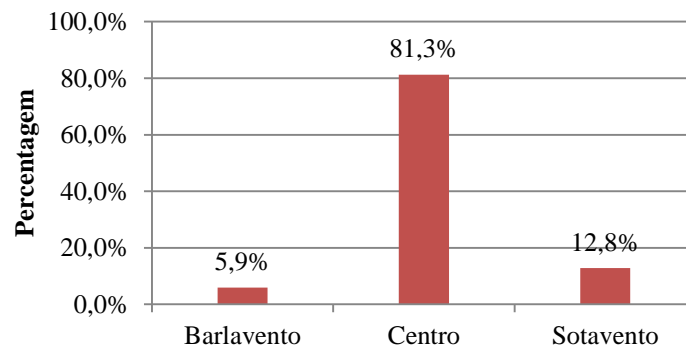
Figura 5.9 - Com quem vive a pessoa com NSE? (n=207)



Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

A zona na região do Algarve onde vivem mais pessoas com NSE que participaram neste estudo, como se pode verificar na figura 5.10, é a região Centro com 81,3% (n=165 pessoas com NSE), seguindo-se o Sotavento com 12,8% (n=26 pessoas com NSE), por último, o Barlavento com 5,9% (n=12 pessoas com NSE).

Figura 5.10 - Em que zona do Algarve vive?
(n=203)

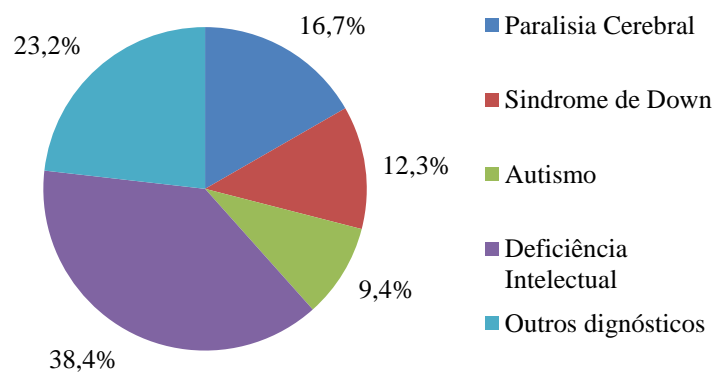


Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Diagnóstico e dependência

Em relação ao diagnóstico de pessoas com NSE, na amostra analisada, verifica-se na figura 5.11 que a deficiência intelectual representa o maior grupo com 38,4% das pessoas (n= 78), seguindo-se os outros diagnósticos com 23,2% (n=47) e paralisia cerebral com 16,7% (n=34). Os diagnósticos com menos pessoas com NSE são o síndrome de Down com 12,3% (n=25) e o autismo com 9,4 % (n=19).

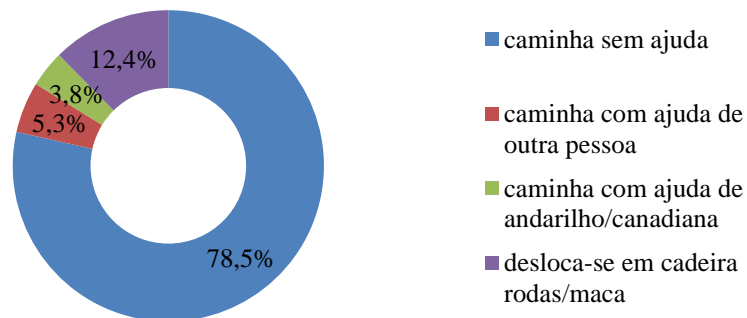
Figura 5.11 - Diagnóstico da pessoa com NSE
(n=203)



Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Em relação ao grau de independência no andar, 78,5% das pessoas com NSE da amostra anda sem ajuda (n=164), 5,3% anda com ajuda de outra pessoa (n=11), 3,8% anda com ajuda de andariço ou canadianas (n=8) e 12,4% desloca-se em cadeira de rodas ou maca (n=26) (Figura 5.12).

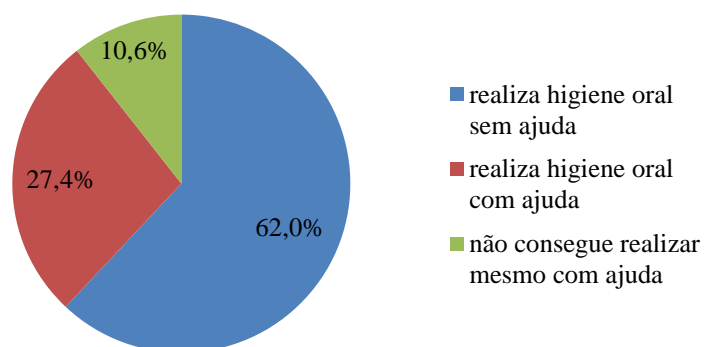
Figura 5.12 - Qual o grau de independência no andar?
(n=209)



Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Em relação ao grau de independência na realização de higiene oral, na figura 5.13 observa-se que 62% consegue realizar higiene oral sem ajuda (N=129), 27,4% consegue realizar higiene oral com ajuda (n=57) e 10,6% não consegue realizar higiene oral mesmo com ajuda (n=22).

Figura 5.13 - Qual o grau de independência na realização de higiene oral? (n=208)

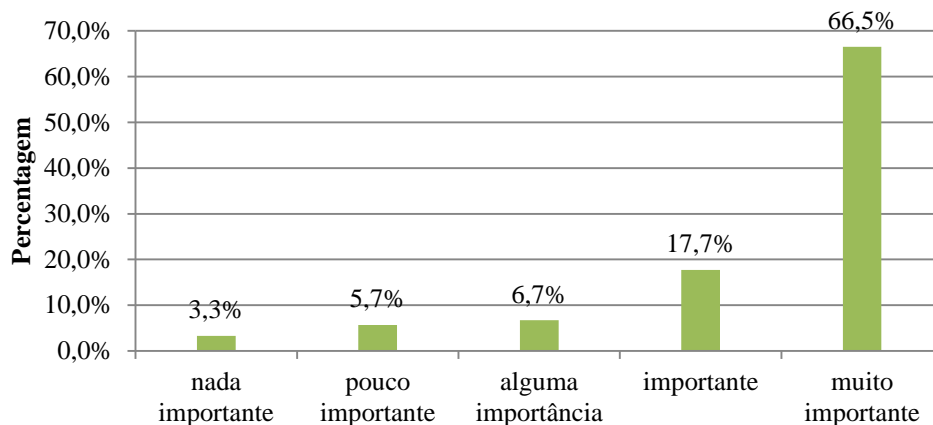


Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Atitudes perante a saúde

Analisando o grau de importância que as pessoas que responderam ao questionário atribuem à saúde oral, observa-se na figura 5.14 que 66,5% respondem ser muito importante (n=139) e 17,7% respondem ser importante (n=37). Por outro lado, 9% dos respondentes afirmam ser pouco ou nada importante (n=19).

Figura 5.14 -Qual o grau de importância que atribui à saúde oral? (n=209)

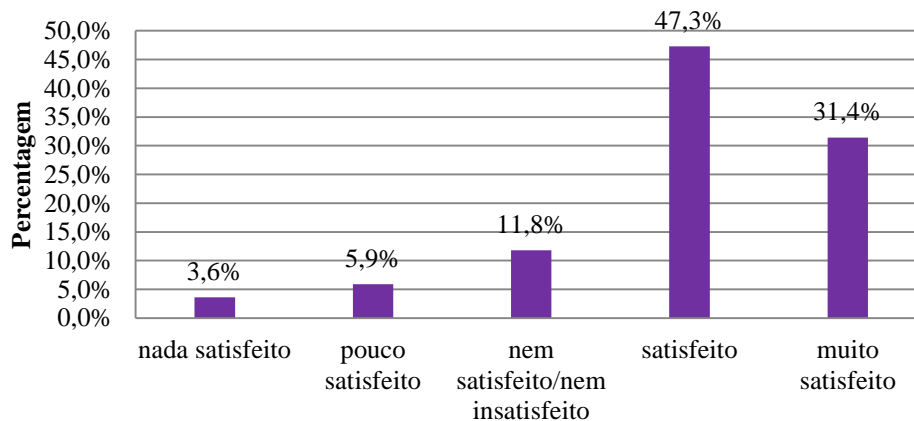


Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Nível de satisfação com serviços de saúde oral

Quando questionados sobre o grau de satisfação com a última consulta de saúde oral, 31,4% dos respondentes estão muito satisfeitos (n=53), 47,3% responderam que estão satisfeitos (n=80), 11,8% responderam não estar satisfeitos nem insatisfeitos (n=20) e 9,5% responderam estar pouco ou nada satisfeitos (n=16). (Figura 5.15)

Figura 5.15 -Qual o grau de satisfação com a última consulta? (n=169)

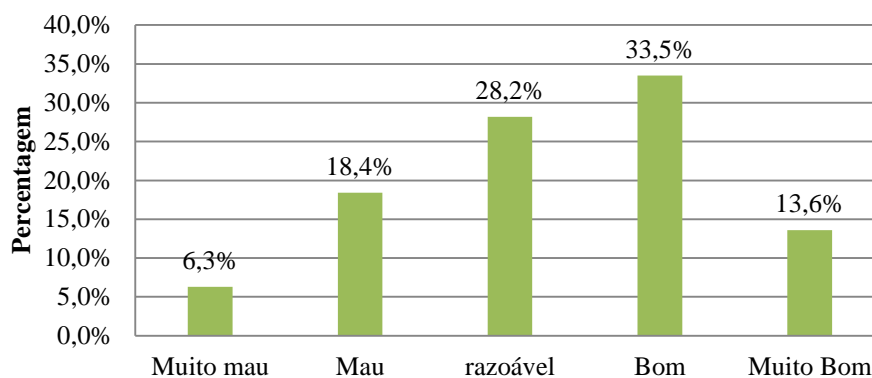


Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Estado de saúde oral percebido

Quando inquiridos sobre qual o estado de saúde oral percebido da pessoa com NSE, 13,6% das pessoas responderam (n=28) ter um estado de saúde muito bom, 33,5% ter um estado de saúde oral bom (n=69), 28,2% ter um estado de saúde oral razoável (n=58), 18,4% ter um estado de saúde oral mau (n=38) e 6,3% dos inquiridos responderam que a pessoa NSE tem um estado de saúde oral muito mau (n=13). (Figura 5.16.)

**Figura 5.16 -Qual o estado de saúde oral ? (percebido)
(n=206)**



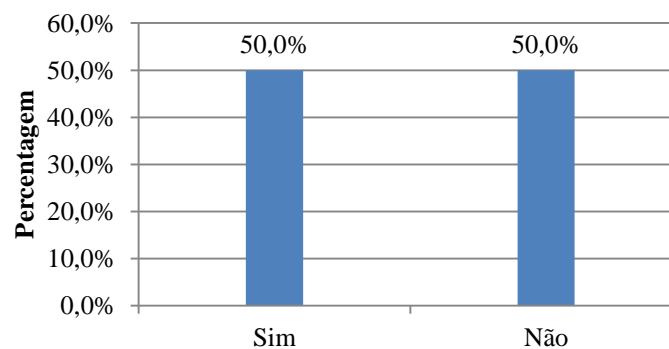
Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

5.2. Caracterização da utilização dos serviços de saúde oral

Os valores relativos à caracterização da utilização de serviços de saúde oral e que estão apresentados nas figuras 5.17 até à 5.25 constam na tabela A2 (anexo 2).

Analisando a figura 5.17 observa-se que 50% das pessoas com NSE da amostra (n=103) fazem consultas regulares de saúde oral e 50% não faz consultas regulares de saúde oral.

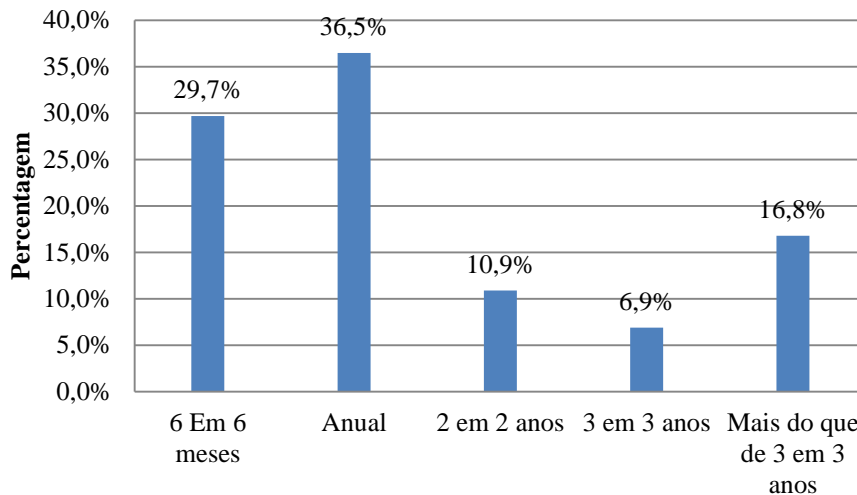
Figura 5.17 - A pessoa NSE faz consultas de regulares de saúde oral? (n=206)



Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Em relação à periodicidade com que a pessoa com NSE faz consultas de rotina, verifica-se na figura 5.18 que 29,7% das pessoas com NSE fazem consultas regulares de 6 em 6 meses (n=30), 36,5% das pessoas fazem consultas regulares anuais (n=36), 10,9% das pessoas fazem consultas de 2 em 2 anos (n=11) e 23,7% das pessoas fazem consultas de 3 em 3 anos ou mais (n=24).

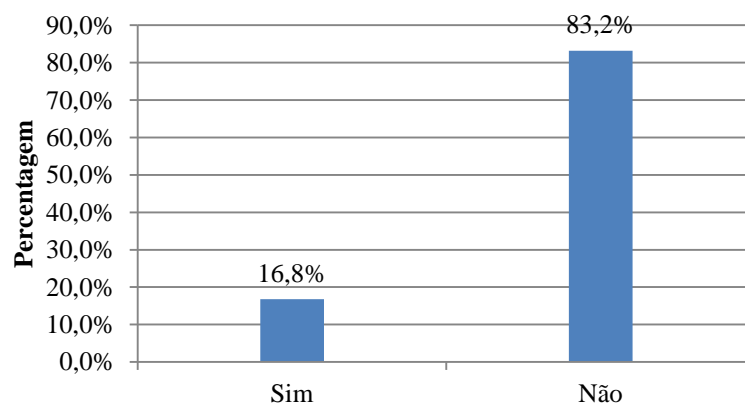
Figura 5.18 -Qual a periodicidade das consultas de rotina? (n=101)



Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Na figura 5.19 verifica-se que 16,8% das pessoas com NSE (n=35) no último ano precisaram de ter consulta de saúde oral mas não conseguiram.

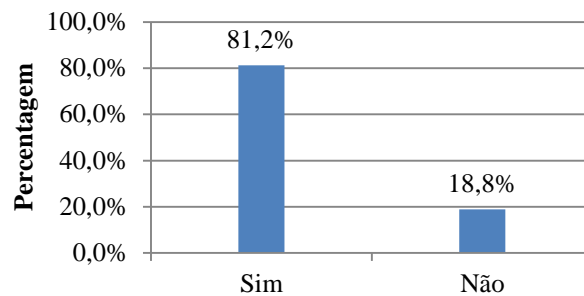
Figura 5.19 -No último ano precisaram de ter consulta mas não conseguiram? (n=208)



Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Em relação ao ter tido consulta de saúde oral 81,2% das pessoas com NSE (n=169) já tiveram consultas. Por outro lado, 18,8% das pessoas com NSE nunca tiveram uma consulta de saúde oral (n=39) (Figura 5.20).

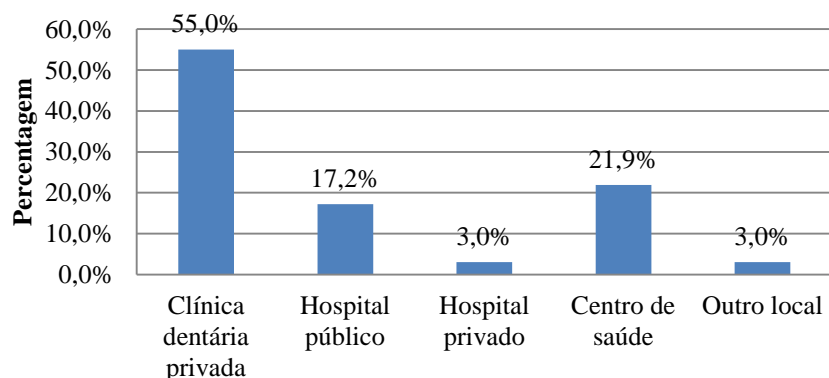
Figura 5.20 - A pessoa com NSE já teve alguma vez uma consulta de saúde oral? (n=208)



Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Pode observar-se na figura 5.21 que, de acordo com a informação fornecida pelos respondentes, as clínicas privadas são os locais onde foram realizadas a maioria das últimas consultas de saúde oral com 55% das pessoas NSE a recorrerem a estes serviços (n=93), seguindo-se os centros de saúde com 21,9% das consultas (n=37) e hospitais públicos com 17,2% das consultas (n=29). Nos hospitais privados realizaram-se o menor número de consultas a par com outros locais não especificados.

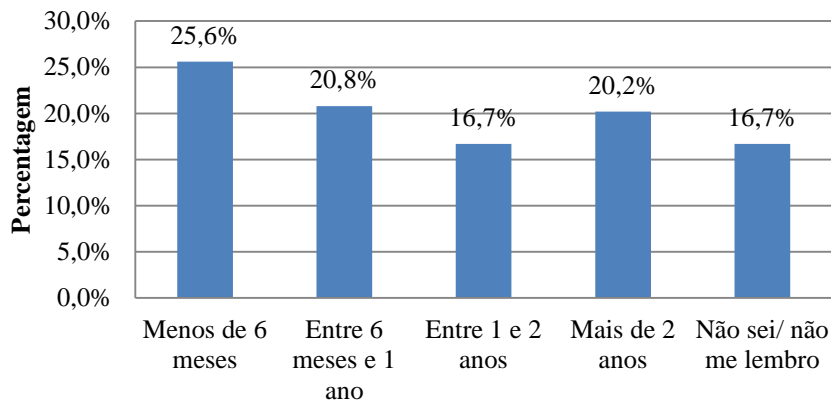
Figura 5.21 -Onde foi realizada a última consulta? (n=169)



Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Em relação à questão sobre há quanto tempo foi realizada a última consulta de saúde oral, na figura 5.22 constata-se que 25,6% das pessoas com NSE tiveram uma consulta há menos de 6 meses (n=43), 20,8% das pessoas com NSE entre 6 meses e 1 ano (n=35) e 53,6 % das pessoas com NSE tiveram a última consulta há mais de 1 ano ou não se lembram quando foi a última consulta (n=90).

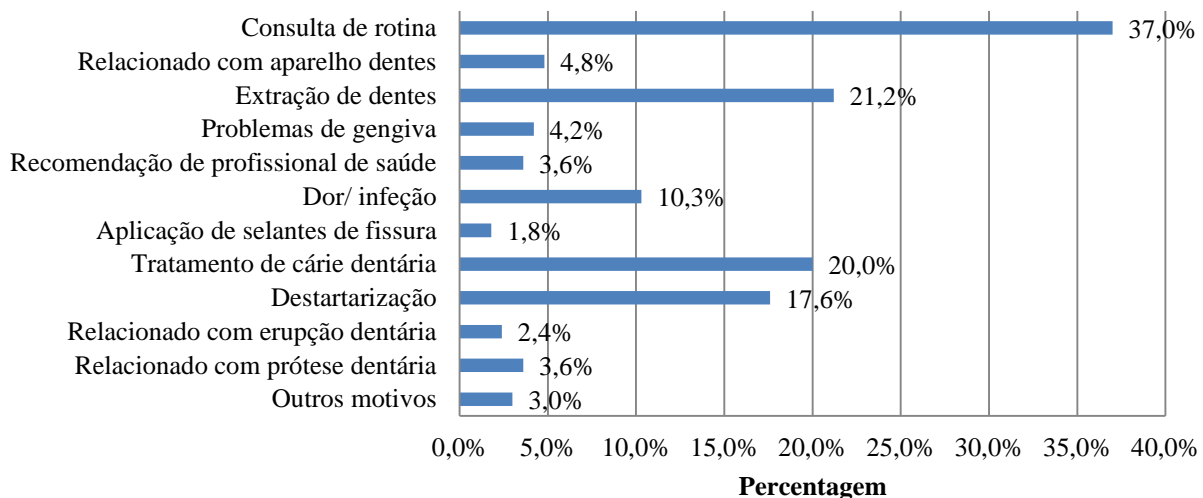
Figura 5.22 - Há quanto tempo foi realizada a última consulta? (n=168)



Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Na figura 5.23 verifica-se que a principal razão para ir a uma consulta de saúde oral foi, para 37% das pessoas com NSE, a realização de consultas de rotina (n=61). O segundo motivo foi a extração de dentes com 21,2% das pessoas (n=35), seguindo-se o tratamento de cárie dentária com 20% das pessoas (n=33), destartarização com 17,6% das pessoas (n=29) e o tratamento de dor e infecção com 10,3% de frequência (n=17).

Figura 5.23 -Qual a razão para a consulta de saúde oral ?* (n=165)

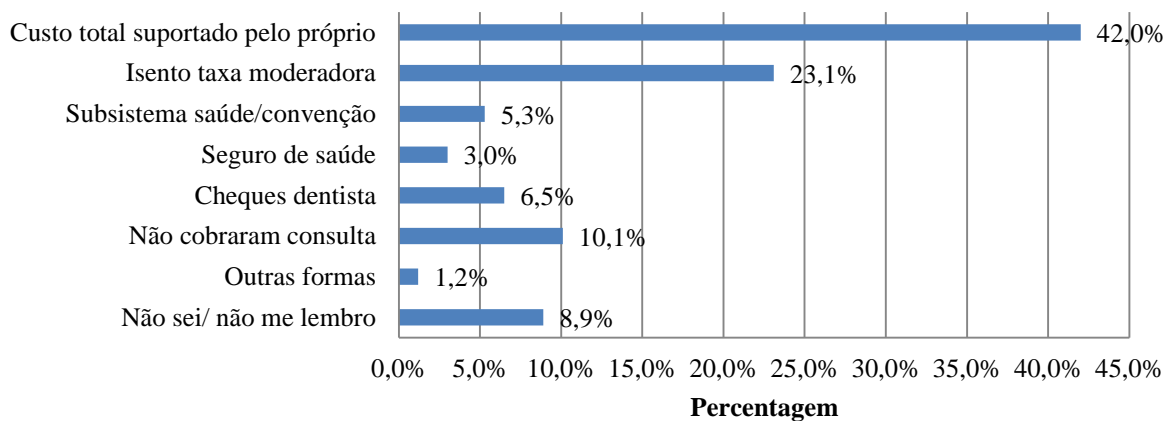


*Pergunta de escolha múltipla

Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

De acordo com a figura 5.24, 42% das consultas de saúde oral foram suportadas pelo próprio (n=71) sendo este o principal meio de pagamento de consultas. Verifica-se que 23,1% das pessoas com NSE (n=39) tiveram isenção de taxa moderadora na consulta de saúde oral e em 10,1% das consultas (n=17) a consulta não foi cobrada. As formas de pagamento menos frequentes foram os seguros de saúde, subsistemas de saúde/convênções, cheques dentista e outras formas de pagamento não especificadas.

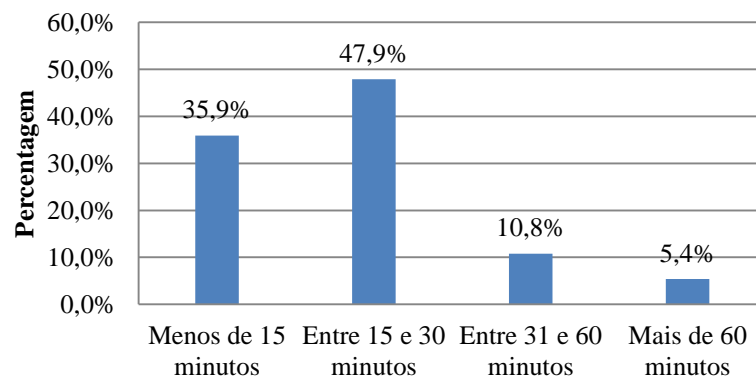
Figura 5.24 -A última consulta foi paga de que forma? (n=169)



Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Tal como se pode verificar na figura 5.25, em relação ao tempo de deslocação até à última consulta de saúde oral, 35,9% das pessoas com NSE (n=60) demoraram menos de 15 minutos, 47,9% demoraram entre 15 e 30 minutos (n=80) e 5,4% pessoas (n=9) demoraram mais de 60 minutos até à consulta.

Figura 5.25 -Quanto tempo gastou até à última consulta? (n=167)

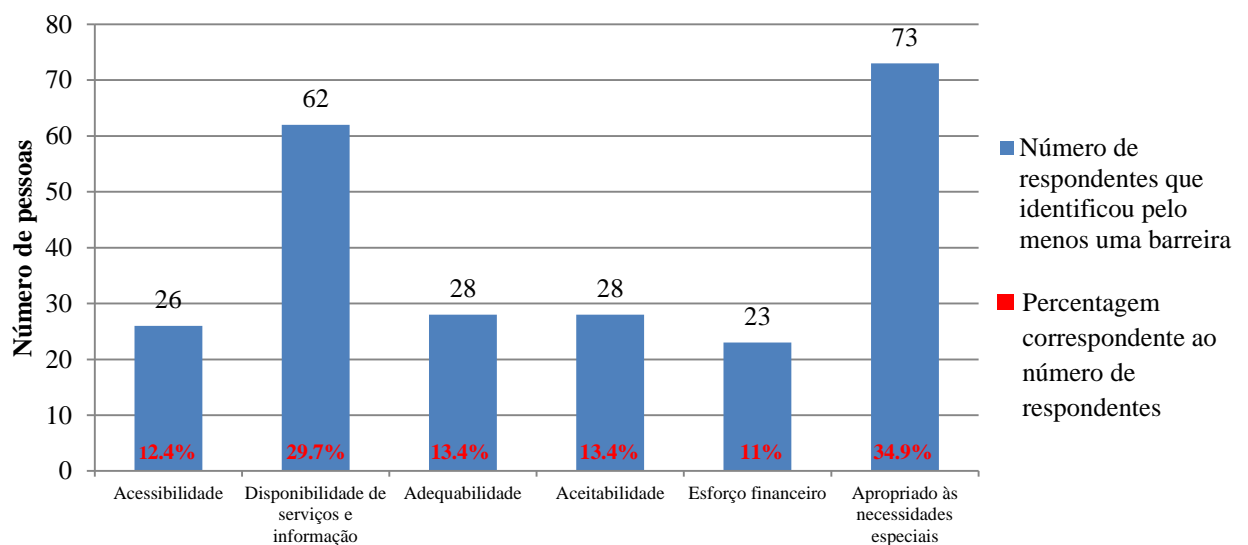


Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

5.3. Percepção de barreiras de acesso ao nível de cada uma das dimensões

A percepção de barreiras de acesso relacionadas com a dimensão “Apropriado às necessidades especiais” foi sentida por 34,9% dos respondentes (n=73) enquanto 65,1% (n=136) dos respondentes não sentiram barreiras nesta dimensão (figura 5.26). Os valores apresentados na figura 5.26 constam na tabela A3 (anexo 3).

Figura 5.26 - Percepção de barreiras em cada uma das dimensões (n=209)



Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Relativamente às pessoas que indicaram barreiras nesta dimensão, observa-se na tabela 5.1 que, das 61 pessoas com NSE que não fazem consultas regulares de saúde oral, 23% (n=14) apresentaram como razão a pessoa com NSE não colaborar na consulta de saúde oral e 6,6% (n=4) a pessoa com NSE ter medo da consulta. Por outro lado, quando questionados sobre os motivos porque no último ano precisaram de consulta de saúde oral mas não conseguiram, 32,4% dos 34 respondentes (n=11) respondeu que a pessoa com NSE não colabora na consulta e 17,6% (n=6) refere preocupação com a necessidade de anestesia geral para tratamentos dentários. Em relação ao que se aplicou na última consulta de saúde oral, 18,7% dos 166 respondentes (n=31) assinalou que a pessoa com NSE teve medo, 9% (n=15) que teve dificuldade em se sentar na cadeira dentária e 21,7% (n=36) que não colaborou ou teve dificuldade em colaborar na

consulta de saúde oral. Por fim, das 36 pessoas com NSE que nunca tiveram uma consulta, 26,3% (n=10) indicaram não ter tido consulta porque não colaboram.

Na figura 5.26 verifica-se que barreiras de acesso percebidas na dimensão disponibilidade de serviços e informação foram sentidas por 29,7% dos respondentes (n=62), por outro lado 70,3% não sentiram barreiras nesta dimensão (n=147).

Observando a tabela 5.1 verifica-se que das 61 pessoas que não fazem consultas regulares de saúde oral, 21,3% (n=13) não faz consultas por não terem problemas de saúde oral e 16,4% (n=10) por serem muito novos. Por outro lado, das 34 pessoas que não conseguiram ter consulta de saúde oral no último ano, 23,5% (n=8) considerou existir falta de informação sobre locais onde existem consultas de saúde oral para pessoas com NSE e 23,5% (n=8) indicou que os locais onde se realizam consultas de saúde oral não têm equipamentos e instalações adequadas para consultas a pessoas com NSE.

Na mesma tabela verifica-se que quando questionados sobre os motivos para nunca terem tido uma consulta de saúde oral, 42,1 % (n=16) dos 36 respondentes indicou que a pessoa com NSE não tem problemas de saúde oral e 21,1% (n=8) indicaram ser muito novo. Acrescenta-se ainda que 15,8% (n=6) indicou como razões para nunca terem tido consulta a falta de informações sobre locais de consultas para pessoas com NSE e 13,2% (n=5) os locais de consultas não terem equipamentos e instalações adequadas

Barreiras de acesso percebidas na dimensão adequabilidade foram assinaladas por 13,4% dos respondentes (n=28) enquanto 86,6% (n=181) não indicou barreiras nesta dimensão (figura 5.26).

Na tabela 5.1 verifica-se que, no que respeita à Questão n.º22, 20,6% (n=7) dos 34 respondentes assinalaram o elevado tempo de espera como motivo para não terem tido consulta nos últimos 12 meses e 8,8% (n=3) dificuldade em marcar consulta por telefone. Acrescenta-se que, em relação à Questão n.º31, 9% (n=15) considerou demasiado o tempo que aguardou na sala de espera antes consulta de saúde oral.

Na dimensão Aceitabilidade, 13,4% dos respondentes (n=28) perceberam barreiras de acesso, enquanto 86,6% (n=181) não sentiu barreiras de acesso (figura 5.26).

Na tabela 5.1 verifica-se que, relativamente à Questão n.º22, 20,6% dos 34 respondentes (n=7) indicaram a falta de preparação e falta de vontade dos profissionais de saúde oral em lidar com pessoas com NSE como motivo para não ter conseguido ter consulta nos últimos 12 meses. Por outro lado, quando questionados sobre o que se aplicou na última consulta, 11,4% dos 166 respondentes (n=19) consideraram que o profissional de saúde oral tinha pouca experiência para tratar pessoas com NSE.

Analisando a figura 5.26 verifica-se que 12,4% dos respondentes indicaram pelo menos uma barreira de acesso na dimensão acessibilidade (n=26) enquanto 87,6% não assinalaram barreiras de acesso nesta dimensão (n=183).

Consultando a tabela 5.1, verifica-se que a questão onde foram indicadas mais dificuldades relacionadas com a dimensão acessibilidade foi a Questão n.º31 (O que se aplicou na última consulta de saúde oral?). Em específico, observa-se que a opção “dificuldade em entrar no local onde foi realizada a última consulta de saúde oral” foi assinalada por 8 dos respondentes desta questão (4,8%) e os problemas de estacionamento foram assinalados por 12 respondentes desta questão (7,2%). Interpretação semelhante poderá ser feita para os valores que constam relativamente às outras perguntas.

A figura 5.26 mostra que as barreiras de acesso relacionadas com o esforço financeiro foram apresentadas por 11% dos respondentes (n=23) enquanto 89% não apresentou esta barreira de acesso a consultas de saúde oral (n=186).

Verificando a tabela 5.1, no que respeita à Questão n.º20 observa-se que 14,8% dos 61 respondentes (n=9) apresentam o preço das consultas muito elevado como justificação para a pessoa com NSE não fazer consultas regulares de saúde oral. Este motivo foi também apresentado por 35,3% (n=12) dos respondentes à Questão n.º22 “no último ano quiseram ter consulta de saúde oral mas não conseguiram?”. Por fim, no que concerne à Questão n.º35 relativa aos motivos para nunca ter tido uma consulta de saúde oral, este motivo foi indicado por 15,8% dos 36 respondentes (n=6).

Tabela 5.1 – Barreiras do acesso percebidas em cada dimensão (n=209)

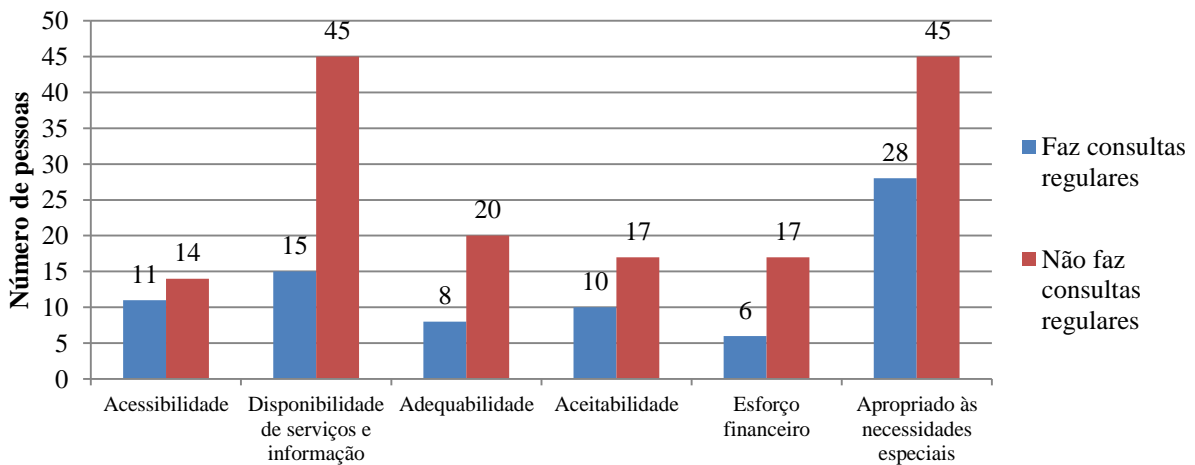
		Perguntas do questionário									
		P20: Qual o motivo para não fazer consultas regulares? N=61		P22: No último ano quiseram consulta mas não conseguiram? N=34		P31: O que se aplicou na última consulta que teve? N=166		P35: Se nunca teve consulta qual foi o motivo? N=36			
Dimensão do Acesso	Variável da dimensão	N	%	N	%	N	%	N	%	N.º total de respostas na dimensão	N.º de contagens da variável Dummy na dimensão
Acessibilidade	Clínica/hospital/centro de saúde é muito longe	-	-	1	2.9%	-	-	1	2.8%	30	26
	Inexistência de transporte público	-	-	-	-	-	-	1	2.8%		
	Horário limitado dos transportes públicos	-	-	-	-	-	-	1	2.8%		
	Dificuldade para entrar na clínica/hospital/centro de saúde (por exemplo ausência de rampas de acesso ou elevadores)	2	3.3%	1	2.9%	8	4.8%	2	5.3%		
	Problema de estacionamento perto da clínica/hospital/centro de saúde	-	-	1	2.9%	12	7.2%	-	-		
Disponibilidade de serviços e informação	Falta de informação sobre as instituições/ organizações onde existem consultas de saúde oral para pessoas com necessidades de saúde especiais	-	-	8	23.5%	-	-	6	15.8%	88	62
	Clínica/hospital/centro de saúde sem equipamentos e instalações adequadas para tratar pessoas com necessidades de saúde especiais	-	-	8	23.5%	7	4.2%	5	13.2%		
	Outros problemas de saúde da pessoa com necessidades de saúde especiais são mais importantes	-	-	-	-	-	-	1	2.6%		
	Não tem problemas de saúde oral	13	21.3 %	-	-	-	-	16	42.1%		
	É muito novo	10	16.4 %	-	-	-	-	8	21.1%		
	Problemas de saúde oral não justificam	3	4.9%	-	-	-	-	3	7.9%		
Adequabilidade	Tempo de espera para a consulta muito longo	-	-	7	20.6%	-	-	2	5.3%	35	28
	Aguardo contacto da clínica/hospital/centro de saúde para agendar a data da consulta	-	-	3	8.8%	15	9%	-	-		
	Tempo na sala de espera da clínica muito longo	-	-	3	8.8%	-	-	1	2.6%		
	Dificuldade em marcar consulta por telefone	-	-	-	-	-	-	-	-		
	Horário de funcionamento da clínica/hospital/centro de saúde	-	-	-	-	-	-	-	-		
	Falta de tempo para ir à consulta	-	-	2	5.9%	-	-	2	5.3%		

Tabela 5.1 – Barreiras do acesso percebidas em cada dimensão (n=209) (continuação)

		Perguntas do questionário								N.º total de respostas na dimensão	N.º de contagens da variável Dummy na dimensão
		P20: Qual o motivo para não fazer consultas regulares? N=61		P22: No último ano quiseram consulta mas não conseguiram? N=34		P31: O que se aplicou na última consulta que teve? N=166		P35: Se nunca teve consulta qual foi o motivo? N=36			
Dimensão do Acesso	Variável da dimensão	N	%	N	%	N	%	N	%		
Aceitabilidade	Recusa do profissional de saúde oral em fazer a consulta	-	-	2	5.9%	-	-	1	2.6%	38	28
	Profissionais da Clínica/hospital/centro de saúde pouco à vontade/ pouco preparados para lidar com pessoas com necessidades de saúde especiais	-	-	7	20.6%	9	5.4%	-	-		
	Profissional de saúde oral com pouca experiência em tratar pessoas com necessidade de saúde especiais	-	-	-	-	19	11.4%	-	-		
Esforço financeiro	Preços das consultas de saúde oral muito elevados	9	14.8%	12	35.3%	-	-	6	15.8%	33	23
	Custos com transportes muito elevados	-	-	2	5.9%	-	-	1	2.6%		
	Clínica/hospital/centro de saúde não aceita seguro de saúde / subsistema de saúde/ convenções	-	-	2	5.9%	-	-	-	-		
	Clínica/hospital/centro de saúde não aceita cheques dentista	-	-	1	2.9%	-	-	-	-		
Apropriado às necessidades especiais	A pessoa com necessidades de saúde especiais teve medo da consulta ou tem medo da consulta	4	6.6%	-	-	31	18.7%	-	-	133	73
	Pessoa com necessidades de saúde especiais teve dificuldade em se sentar na cadeira	-	-	-	-	15	9%	-	-		
	Problemas de saúde da pessoa com necessidades de saúde especiais não permitem consulta de saúde oral	-	-	1	2.9%	-	-	1	2.6%		
	Pessoa com necessidades de saúde especiais não colabora na consulta de saúde oral ou teve dificuldade em colaborar na consulta	14	23%	11	32.4%	36	21.7%	10	26.3%		
	Preocupação com necessidade de anestesia geral para tratamentos dentários	2	3.3%	6	17.6%	-	-	2	5.3%		

A figura 5.27 mostra, relativamente às pessoas que identificaram barreiras de acesso em cada uma das seis dimensões, quem faz ou não faz consultas regulares de saúde oral. Pode verificar-se nesta figura que, em todas as seis dimensões, o número de pessoas que não faz consultas de regulares de saúde oral é superior ao número de pessoas que faz, e as pessoas que percecionam barreiras na dimensão “Disponibilidade de serviços e informação” e na dimensão “Apropriado às necessidades especiais” são as que menos fazem consultas regulares de saúde oral.

Figura 5.27 - N.º de pessoas que identificaram barreiras de acesso, por dimensão, com repartição entre as que fazem e não fazem consultas regulares de saúde oral (n=206)



Fonte: Elaboração própria - Output SPSS

Em resumo, verifica-se que na dimensão “Disponibilidade de serviços e informação” a idade jovem da pessoa com NSE e não ter problemas de saúde oral, apresentam-se como principais motivos para não fazer consultas regulares de saúde oral e também como motivos para a pessoa com NSE nunca ter feito uma consulta de saúde oral. Por outro lado, a falta de informação sobre locais onde se realizam consultas de saúde oral para pessoas com NSE e a falta de equipamentos e instalações adequadas, apresentam-se como barreiras em relação às pessoas com NSE que precisaram de consulta no último ano mas não conseguiram (tabela 5.1).

Na dimensão “Apropriado às necessidades especiais”, os fatores relacionados com o medo e a dificuldade em colaborar nas consultas de saúde oral por parte da pessoa com NSE são as principais barreiras de acesso a consultas de saúde oral (tabela 5.1).

5.4. Fatores que se associam à utilização regular de serviços de saúde oral e ao nível de satisfação com os serviços de saúde oral.

Para atingir os objetivos n.º3 e n.º4, que procuram estudar quais os fatores que associam à utilização regular de serviços de saúde oral e ao nível de satisfação com os serviços de saúde oral, testaram-se os conjuntos de hipóteses n.º 1 e n.º 2. Estão apresentados apenas os valores de relações estatisticamente significativas ($p < 0.05$), com valores de V de Cramer superiores a 0.2 nos testes do Chi-Quadrado e valores superiores a 0.2 relativos à correlação de Spearman (Figura 5.28).

Para facilitar a leitura e interpretação dos resultados, apresenta-se exemplos dos conjuntos dos testes de hipóteses n.º 1 e n.º 2, em que, se $p < 0.05$, rejeita-se a hipótese nula (H_0) e aceita-se a hipótese alternativa (H_1).

Hipótese n.º1

H_0 : Não existe associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico de NSE e a utilização regular de serviços de saúde oral.

H_1 : Existe associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico de NSE e a utilização regular de serviços de saúde oral.

Hipótese n.º2

H_0 : Não existe associação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade da pessoa com NSE e o nível de satisfação com serviços de saúde oral

H_1 : Existe associação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade da pessoa com NSE e o nível de satisfação com serviços de saúde oral

Ao observar a tabela A4 (anexo 4) verifica-se que o Diagnóstico da pessoa com NSE apresenta uma relação estatisticamente significativa com as consultas regulares de saúde oral ($p=0.043$; $V=0.22$). Entre os vários diagnósticos de NSE, as pessoas com Síndrome de Down são as que mais acedem a consultas regulares, com 79,2% a terem consultas. Por outro lado, verifica-se que as pessoas com autismo são as que menos acedem a consultas com 63,2% das pessoas com autismo a não fazer consultas regulares de saúde oral.

Em relação ao nível de independência na realização de higiene oral, encontramos uma associação estatisticamente significativa com consultas regulares de saúde oral ($p=0.000$; $V=0.29$). As pessoas que fazem a higiene oral sem ajuda, ou fazem a higiene oral com ajuda, acedem mais a consultas de saúde oral de rotina. Na tabela A4 (anexo 4) verifica-se que 53,5% das pessoas que fazem higiene oral sem ajuda e 58,9% das pessoas que fazem higiene oral com ajuda vão regularmente a consultas de saúde oral, contrastando com 90,9% das pessoas que não consegue realizar higiene oral mesmo com ajuda e que não fazem consultas de saúde oral de rotina.

Ao analisar a associação entre fatores sociodemográficos e a utilização regular de serviços de saúde oral, verifica-se na tabela A4 (anexo 4) uma associação estatisticamente significativa com a escolaridade da Mãe ($p=0.032$; $V=0.25$). Observando a tabela, verifica-se que 61,5% das pessoas com NSE em que a mãe não saber ler nem escrever, não fazem consultas regulares de saúde oral. Acrescentando, 67,4% das pessoas com NSE em que a mãe tem instrução primária, também não fazem consultas de rotina. Por outro lado, uma maior utilização de consultas de regulares está associada a graus de escolaridade maiores. Cerca de 63,6% das pessoas com NSE em que as mães frequentaram o 2.º e 3.º ciclo, 58,3% em que as mães têm ensino secundário e 55,9% o ensino superior fazem consultas de saúde oral regularmente.

No que concerne à relação entre a perceção de barreiras no acesso ao nível de cada uma das dimensões e a utilização regular de serviços de saúde oral, verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre a dimensão “Disponibilidade de serviços e informação” e fazer consultas regulares ($p=0.000$; $V=0.32$). Nesta dimensão, 75% das pessoas que indicaram barreiras de acesso, não fazem consultas de rotina. Por outro lado, 25% das pessoas que indicaram barreiras nesta dimensão fazem consultas de

rotina contrastando com 60,3% de pessoas que não indicaram barreiras nesta dimensão e fazem consultas de regulares (Tabela A4 (anexo 4)).

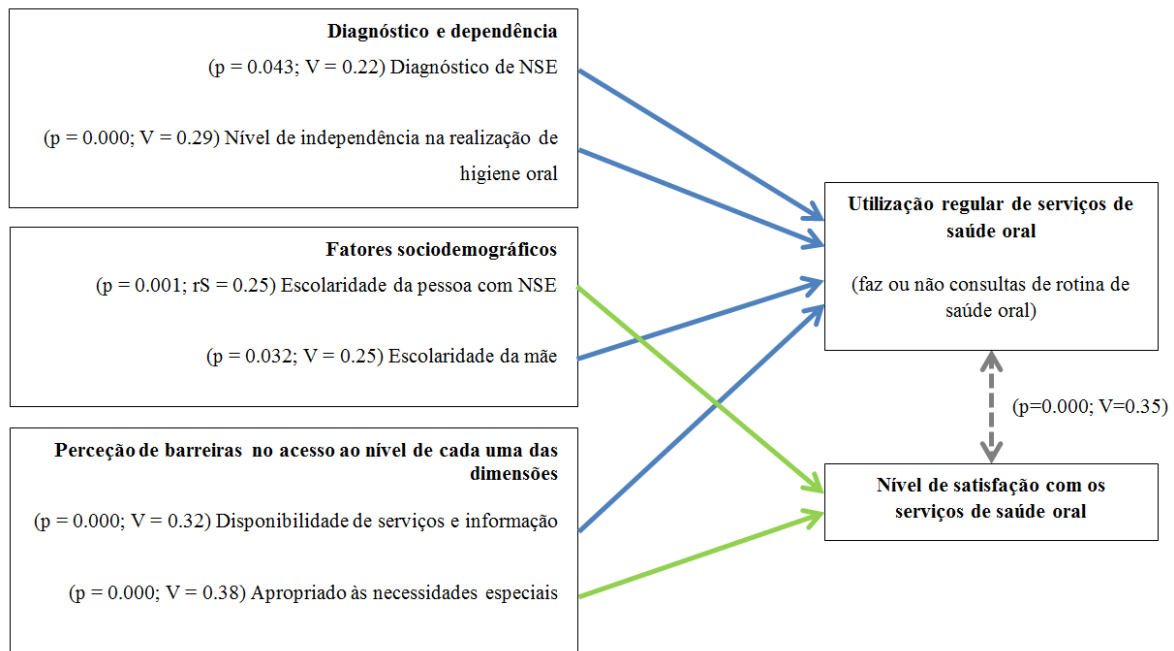
Avaliando a associação entre o nível de satisfação com os serviços de saúde oral e a utilização regular de serviços de saúde oral, verifica-se associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($p=0.000$; $V=0.35$). Nesta relação, observa-se que 75% das pessoas que estão insatisfeitas com a última consulta de saúde oral que tiveram, não fazem consultas regulares de saúde oral. Do mesmo modo que 70% das pessoas que indicaram não estarem satisfeitas nem insatisfeitas também não fazem consultas de rotina. No outro extremo temos 69,7% das pessoas que fazem consultas regulares e que estão satisfeitas com a última consulta que tiveram (Tabela A4 (anexo 4)).

Analisando os fatores que se associam ao nível de satisfação com os serviços de saúde oral, observa-se que existe associação estatisticamente significativa com a variável da dimensão do acesso “Apropriado às necessidades especiais” ($p=0.000$; $V=0.38$). Observando a tabela A5 (anexo 5) verifica-se que, das pessoas que indicaram barreiras de acesso nesta dimensão, 23% estão insatisfeitas com a última consulta. Comparando com as pessoas que não indicaram barreiras, 1,9% apresentou-se insatisfeita com os serviços de saúde oral. Em relação aos respondentes que indicaram estar satisfeitos com os serviços de saúde oral, 88,9% correspondem aos que não apresentaram barreiras nesta dimensão e 60,7% corresponde aos que sentiram barreiras nesta dimensão.

O nível de escolaridade da pessoa com NSE apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o nível de satisfação com serviços de saúde oral ($rS=0.250$; $p=0.001$). Observando a tabela A5 (anexo 5) verifica-se que, das pessoas com NSE que não sabem ler nem escrever, 12,7% indica estar insatisfeita e 19% nem satisfeita nem insatisfeita. As percentagens referentes aos que responderam estar insatisfeitos ou nem satisfeitos nem insatisfeitos, diminuem, quando a escolaridade da pessoa com NSE aumenta. O inverso pode-se observar em relação aos respondentes que indicaram estar satisfeitos com os serviços de saúde oral, verificando-se que as pessoas satisfeitas tendem neste estudo a apresentar maiores níveis de escolaridade.

Na figura 5.28 estão representados os fatores que, de acordo com os resultados que obtivemos neste estudo, se associam à utilização regular de serviços de saúde oral e ao nível de satisfação com serviços de saúde oral, na região do Algarve.

Figura 5.28 – Fatores que se associam à utilização regular de serviços de saúde oral e ao nível de satisfação com serviços de saúde oral



Fonte: Elaboração própria

Em resumo, os fatores que parecem estar mais fortemente associados com a utilização regular de serviços de saúde oral (fatores com valores mais elevados de V de Cramer) são o nível de independência na realização de higiene oral, a escolaridade da mãe, a identificação de barreiras relacionadas com a dimensão “Disponibilidade de serviços de informação” e o nível de satisfação com serviços de saúde oral. As pessoas com NSE com mais autonomia na realização da higiene oral, as que as mães possuem mais escolaridade e as que se apresentam mais satisfeitas com os serviços de saúde oral acedem mais a consultas regulares de saúde oral. Por outro lado, as pessoas com NSE que percecionaram barreiras na dimensão “Disponibilidade de serviços e informação” acedem a menos consultas.

Em relação aos fatores que parecem estar associados ao nível de satisfação com os serviços de saúde oral, o que apresenta uma associação mais forte, é a percepção de barreiras de acesso relacionadas com a dimensão “Apropriado às necessidades especiais”. As pessoas com NSE que indicaram barreiras nesta dimensão apresentam-se mais insatisfeitas com os serviços de saúde oral.

5.5. Fatores que se associam ao estado de saúde oral percecionado

Para atingir o objetivo n.º5, que procura estudar quais os fatores que se associam ao estado de saúde oral percecionado, testou-se o conjunto de hipóteses n.º3. Apresentam-se a seguir os resultados obtidos e em que os valores das relações são estatisticamente significativas ($p < 0.05$), e com valores de V de Cramer superiores a 0.2 nos testes do Chi-Quadrado (como discutido na secção 4.4, de acordo com Gravetter e Wallnau, 2013, valores de V de Cramer inferiores 0.2 apresentam-se como relações fracas). Estão também apenas apresentados a seguir os resultados em que os valores eram superiores a 0.2 relativos à correlação de Spearman.

Apresenta-se de seguida um exemplo do conjunto do teste de hipóteses n.º 3, em que, se $p < 0.05$, rejeita-se a hipótese nula (H_0) e aceita-se a hipótese alternativa (H_1).

Hipótese n.º3

H_0 : Não existe associação estatisticamente significativa entre o estado de saúde oral percecionado e o nível de independência no andar.

H_1 : Existe associação estatisticamente significativa entre o estado de saúde oral percecionado e o nível de independência no andar.

Os resultados deste estudo permitem-nos concluir que o diagnóstico da pessoa com NSE apresenta associação estatisticamente significativa com o estado de saúde oral percecionado ($p=0.043$; $V=0.22$). Consultando a tabela A6 (anexo 6) verifica-se que, por um lado, à exceção do diagnóstico de Paralisia Cerebral, todos os diagnósticos apresentam as percentagens mais elevadas na categoria de estado de saúde oral percecionado como bom. Por outro lado, as pessoas com Paralisia Cerebral apresentam a percentagem mais elevada na categoria estado de saúde oral “Razoável”. Quando se compara todos os diagnósticos de NSE, observa-se que as pessoas com diagnóstico de “Deficiência Intelectual” são as que apresentam pior estado de saúde oral percecionado com 33,8% das pessoas a indicarem ter um estado de saúde oral percecionado como mau.

As pessoas com independência no andar apresentam um melhor estado de saúde oral em comparação com as pessoas que são dependentes. A tabela A6 (anexo 6) mostra que 53,1% das pessoas independentes indicam um estado de saúde oral percebido como bom, enquanto 25% das pessoas dependentes, indicam ter a mesma percepção do estado de saúde oral. A associação entre o nível de independência no andar e o estado de saúde oral é estatisticamente significativa ($p=0.001$; $V=0.26$).

A idade da pessoa com NSE apresenta uma Correlação de Spearman negativa com o estado de saúde oral e estatisticamente significativa ($rS = -0.34$; $p= 0.000$). As faixas etárias mais jovens apresentam melhor estado de saúde oral percebido. Com o aumento da idade, o estado de saúde oral percebido tende a piorar. Na faixa etária dos 0 aos 4 anos e dos 5 aos 14 anos, 80% e 70.8%, respectivamente, têm um estado de saúde oral percebido como bom. Nas mesmas faixas etárias, as percentagens referentes a um estado de saúde oral percebido como mau são muito reduzidas (tabela A6 (anexo 6)). O nível de escolaridade da mãe e do pai da pessoa com NSE apresenta uma correlação de Spearman positiva e estatisticamente significativa com o estado de saúde oral percebido ($rS = 0.27$; $p= 0.000$; $rS = 0.23$; $p= 0.004$). Observando a tabela A6 (anexo 6) verifica-se que 69.2% das pessoas com NSE em que as mães não sabem ler nem escrever apresentam um estado de saúde oral percebido como mau e 15.4% apresentam um estado de saúde oral percebido como bom. No outro extremo estão as pessoas com NSE em que as mães têm formação superior, em que 8.6% das pessoas com NSE têm um estado de saúde oral percebido como mau e 65.7% das pessoas com NSE têm um estado de saúde oral percebido como bom. Em relação à escolaridade do pai, verifica-se no grupo dos que não sabem ler nem escrever, 42,5% das pessoas com NSE têm um estado de saúde oral percebido como mau e 42,5% percebido como bom, no entanto o número de observações é reduzido. Observando a tabela A6 (anexo 6) verifica-se que, com o aumento do nível de escolaridade do pai, o número de pessoas com NSE com um estado de saúde oral percebido como bom também aumenta.

Analisando a relação entre a frequência atual da escola e a percepção do estado de saúde oral, verifica-se que existe associação estatisticamente significativa ($p=0.007$; $V=0.22$). A tabela A6 (anexo 6) mostra que 55,9% das pessoas com NSE que frequentam a escola indicam um estado de saúde oral bom, enquanto 10,2% indicam ter um estado de saúde

oral mau. Analisando as pessoas que não frequentam a escola observa-se que 31% das pessoas indicam ter um estado de saúde oral percebido como mau.

O benefício de pensão apresenta associação estatisticamente significativa com o estado de saúde oral percebido ($p=0.000$; $V=0.30$). A tabela A6 (anexo 6) mostra que 70,7% das pessoas que não recebem pensão apresentam um estado de saúde oral bom e 13,8% um estado de saúde oral mau. Por outro lado, das pessoas que recebem pensão, 37,9% indicam um estado de saúde oral percebido como bom e 28,6% percebem como mau.

Em relação à barreira de acesso da dimensão “Aceitabilidade” encontrou-se associação significativa com o estado de saúde oral percebido ($p=0.003$; $V=0.24$). A tabela A6 (anexo 6) mostra que 51,7% das pessoas que não sentiram barreiras de acesso nesta dimensão indicam um estado de saúde oral bom. Em relação às pessoas que indicaram barreiras nesta dimensão, apenas 17,9% tem um estado de saúde oral percebido como bom e 42,9% tem um estado de saúde oral percebido como mau.

As pessoas que indicaram barreiras de acesso na dimensão “Apropriado às necessidades especiais” têm um pior estado de saúde oral percebido quando comparado com as que não indicaram barreiras nesta dimensão. Na tabela A6 (anexo 6) observa-se que, das pessoas que não sentiram barreiras de acesso, 15% apresentam um estado de saúde oral percebido como mau e 59,4% como bom. Comparando com as pessoas que indicaram barreiras de acesso nesta dimensão, 42,5% indicam um estado de saúde oral mau e 24,7% um estado de saúde oral bom. A associação entre as duas variáveis é estatisticamente significativa ($p=0.000$; $V=0.36$).

Analisando a associação entre o grau de importância que é atribuído à saúde oral e o estado de saúde oral percebido, verifica-se correlação positiva e estatisticamente significativa ($r = 0.31$; $p= 0.000$). A tabela A6 (anexo 6) mostra que 100% das pessoas que responderam que a saúde oral é nada importante e 58,3% dos que responderam ser pouco importante, percebem o estado de saúde oral da pessoa com NSE como sendo mau. Por outro lado, 55,4% das pessoas que responderam dar muita importância à saúde oral, percebem o estado de saúde oral da pessoa com NSE como bom.

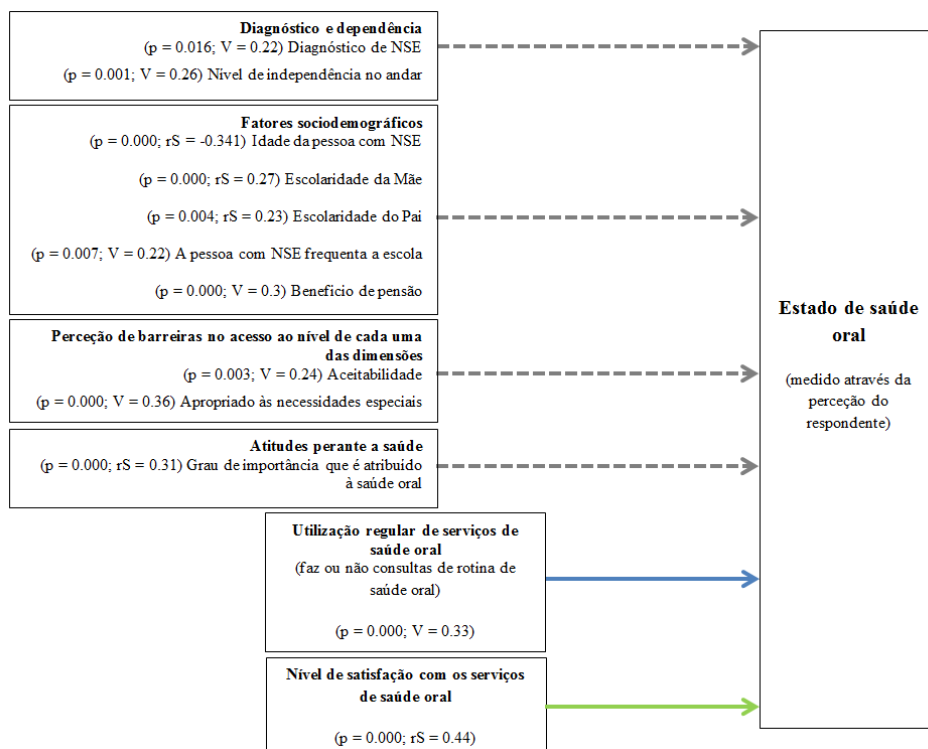
Em relação à utilização regular de serviços de saúde oral, verifica-se associação estatisticamente significativa com o estado de saúde oral ($p=0.000$; $V=0.34$). Das

peças que fazem consultas regulares, 60,2% tem um estado de saúde oral percebido como bom e 11,7% como mau. Comparando com as que não fazem consultas de saúde oral regulares, a percentagem de pessoas com estado de saúde oral percebido como mau sobe para 39% e a percentagem de pessoas com estado de saúde oral bom desce para 34% (tabela A6 (anexo 6)).

O grau de satisfação com os serviços de saúde oral apresenta uma correlação de Spearman positiva e estatisticamente significativa ($r_s = 0.44$; $p = 0.000$) com a percepção do estado de saúde oral. A tabela A6 (anexo 6) mostra que 62,5% das pessoas que responderam estar insatisfeitas com os serviços de saúde oral e 55% dos que responderam não estar satisfeitos nem insatisfeitos, percebem o estado de saúde oral da pessoa com NSE como sendo mau. Por outro lado, 53,8% dos que responderam estar satisfeitos, percebem o estado de saúde oral da pessoa com NSE como sendo bom.

Na figura 5.29 estão representados os fatores que, de acordo com os resultados deste estudo, se associam ao estado de saúde oral da pessoa com NSE, percebido pelos respondentes.

Figura 5.29 – Fatores que se associam ao estado de saúde oral percebido



Fonte: Elaboração própria

Em resumo, os fatores que parecem ter uma associação mais forte com o estado de saúde oral percebido são: o nível de independência no andar, idade, benefício de pensão, a dimensão “Apropriado às necessidades especiais”, o grau de importância que é atribuído à saúde oral, a utilização regular de serviços de saúde oral e o nível de satisfação com os serviços de saúde oral. As pessoas com NSE com mais autonomia para se deslocar; com menos idade; que não beneficiam de pensão; que menos assinalaram barreiras na dimensão “Apropriado às necessidades especiais”; que atribuem mais importância à saúde oral e que fazem regularmente consultas de saúde oral têm um melhor estado de saúde oral percebido.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta investigação teve como objetivo estudar as barreiras de acesso percecionadas a consultas de saúde oral por parte de pessoas com NSE na região do Algarve.

Para atingir os objetivos desta investigação, fez-se, em primeiro lugar, uma caracterização da utilização de serviços de saúde oral por parte de pessoas com NSE (O1), em segundo lugar estudaram-se quais as principais barreiras de acesso percecionadas pelas pessoas com NSE ou pelos seus cuidadores, de acordo com as seis dimensões das barreiras de acesso (acessibilidade, disponibilidade de serviços e informação, adequabilidade, aceitabilidade, esforço financeiro e apropriado às necessidades especiais) (O2). Por fim, realizaram-se testes de hipóteses para determinar quais os fatores que se associam à utilização regular de serviços de saúde oral (O3), quais os fatores que se associam ao nível de satisfação com os serviços de saúde oral (O4) e quais os fatores que se associam ao estado de saúde oral percecionado das pessoas com NSE (O5).

A amostra deste estudo foi de conveniência, não aleatória, constituída por 209 pessoas com NSE de 11 instituições da região do Algarve e a maioria residente na região centro. A amostra incluiu crianças, jovens, adultos e idosos sendo a faixa etária dos 25-64 anos a mais numerosa com 58,7%.

O primeiro objetivo (O1) caracterizou a utilização de serviços de saúde por pessoas com NSE na região do Algarve e mostrou que 50% (n=103) das pessoas com NSE faz consultas regulares de saúde oral e que, destas, a maioria faz consultas com uma periodicidade de até um ano. Este grau de utilização é superior ao encontrado noutros estudos (Habashneh et al., 2011; Hedge et al., 2015; Esteves et al., 2017). A diferença encontrada poderá ser explicada pelo facto de as amostras das populações terem características diferentes, sendo possível que exista um maior grau de autonomia da população incluída no presente estudo.

Em relação ao local onde foi realizada a última consulta, as clínicas privadas são os locais onde foram realizadas mais consultas, seguindo-se as consultas nos centros de saúde e hospitais públicos. Estes resultados vão de encontro aos do estudo de Gerreth et al. (2014), o qual sugere que, embora as consultas de saúde oral sejam na maioria realizadas em clínicas dentárias privadas, um número significativo de pessoas com NSE

teve consultas no setor público por existir disponibilidade de consultas de saúde oral nos centros de saúde e nos hospitais públicos.

Os motivos que levaram as pessoas com NSE a ter a consulta de saúde oral foram, na sua maioria, a realização de consultas de rotina, seguindo-se, questões relacionadas com extrações de dentes, tratamento de cárie dentária e destartarizações. Os custos com as consultas e tratamentos foram, na maioria dos casos, suportados pelos próprios, seguindo-se o pagamento das consultas através de isenção de taxas moderadoras.

O segundo objectivo (O2) pretendeu identificar as barreiras de acesso percecionadas por pessoas com NSE na região do Algarve.

A barreira de acesso mais percecionada pelos respondentes foi a dimensão “Apropriado às necessidades especiais”. Das pessoas que participaram no presente estudo, 34.9% indicaram barreiras nesta dimensão, sendo que as barreiras mais percecionadas nesta dimensão são relativas à dificuldade em a pessoa com NSE colaborar na consulta de saúde oral ou ter medo da consulta. Este resultado vai de encontro aos do estudo de Habashneh et al. (2012) em que 32.3% dos cuidadores de crianças com NSE indicaram como barreira a falta de colaboração e o medo da consulta. No estudo de Ishaque et al. (2012) 14.5 % das crianças tinham medo das consultas e 31.5 % não colaboravam nas consultas.

As barreiras de acesso percecionadas da dimensão “Disponibilidade de serviços de informação” foram identificadas como a segunda maior barreira de acesso com 29.7% dos respondentes a identificar barreiras nesta dimensão. Os pais que consideraram que a pessoa com NSE não tinha problemas de saúde oral, fizeram menos consultas de rotina ou nunca tiveram uma consulta de saúde oral. Este resultado vai de encontro ao do estudo de Habashneh et al. (2012) em que 61.2% de crianças com NSE não tinham tido consultas de saúde oral por as mães não estarem alertadas para os problemas de saúde oral existentes. A percentagem obtida no estudo de 2012 é superior ao encontrado na população com NSE na região do Algarve, mas a justificação para esta diferença de resultados poderá ser a de que o presente estudo realizado no Algarve incluiu uma grande percentagem de pessoas adultas, ao contrário do estudo de Habashneh et al. (2012) que foi realizado com jovens dos 12 aos 16 anos de idade.

Por sua vez, no estudo de Agili et al. (2004) identificou-se que 11.7% de crianças com NSE não fazia consultas regulares de saúde oral por os pais considerarem que as crianças eram muito novas, estes resultados vão de encontro ao que foi encontrado no presente estudo.

Dentro da dimensão da barreira de acesso “Disponibilidade de serviços e informação”, 23.5% das pessoas que não conseguiram ter consulta no último ano quando precisaram, consideraram que há falta de informação sobre locais onde existem consultas de saúde oral para pessoas com NSE. Igual percentagem considerou que os locais onde são realizadas as consultas não têm equipamentos e instalações adequadas. Estes resultados vão de encontro a outros resultados obtidos noutros estudos (Cardoso et al., 2011; William et al., 2015).

A “Adequabilidade” apresentou-se como barreira de acesso para 13.4% das pessoas que participaram neste estudo. Nesta dimensão, 34 pessoas com NSE no último ano precisaram de ter consulta mas não conseguiram e, destas, 20.6% (n=7) apresentaram como motivo o elevado tempo de espera para serem chamados para a consulta. No estudo de 2014 de Gerreth e Borysewicz et al. 36.7% dos pais das crianças com NSE identificaram a mesma dificuldade. Os tratamentos que requerem a utilização de técnicas que melhorem a colaboração, como a anestesia geral, é feita em locais mais especializados, como por exemplo os hospitais públicos, e estes podem ter listas de espera que impliquem um período de tempo elevado para conseguir ter consulta.

Em relação a dificuldade em marcar consulta por telefone, no presente estudo uma percentagem baixa de respondentes identificou esta dificuldade como barreira de acesso. Resultados semelhantes foram identificados por Gerreth e Borysewicz et al. (2014).

Barreiras percecionadas na dimensão “Aceitabilidade” foram identificadas por 13.4% dos respondentes. Dentro desta dimensão, dos 166 que responderam à questão “o que se aplicou na última consulta de saúde oral”, 11,4% (n=19) indicaram que o profissional de saúde oral tinha pouca experiencia em tratar pessoas com NSE. Estes resultados são consistentes com os do estudo de Nelson et al. (2011). Acrescentando, no presente estudo, um número muito reduzido de respondentes identificou que o profissional de saúde oral recusou fazer a consulta. Este resultado apresenta uma diferença significativa do resultado obtido no estudo de Cardoso et al. (2011) e sugere, por um lado, que as

peças que participaram neste estudo apresentam maior grau de colaboração do que o foi encontrado noutros estudos, e por outro, que os profissionais de saúde oral na região do Algarve poderão estar sensibilizados para as necessidades específicas e características desta população.

Barreiras de acesso relacionadas com a dimensão “Acessibilidade” foram identificadas por 12.4% dos respondentes. A maioria das instituições e associações que participaram neste estudo localizam-se perto ou dentro de zonas com oferta de consultas de saúde oral, sejam elas privadas ou públicas. Acrescentando, a maioria das pessoas com NSE demorou menos de 30 minutos a chegar ao local onde foi realizada a última consulta de saúde oral. Resultados diferentes foram obtidos por Hedge et al. (2015), na Índia, onde uma grande percentagem de pais de crianças com NSE identificaram problemas relacionados com o transporte para consultas.

Por outro lado, o acesso físico à clínica pode ser facilitado quando existem rampas de acesso ou elevadores. Neste estudo, um número reduzido de pessoas identificou barreiras de acesso relacionadas com o acesso físico à clínica. Resultado diferente foi observado no estudo de Wyne (2007) com 26.5% dos pais a referir problemas de acessibilidade, e observado no estudo de Mielnik-Błaszczak et al. (2018), com 31.48% dos pais a identificarem barreiras arquitectónicas dentro das clínicas. Este resultado sugere que os locais onde são realizadas as consultas de saúde oral, na região do Algarve, podem ter condições físicas que facilitem a acessibilidade como rampas de acesso e elevadores.

Barreiras percecionadas relativas à dimensão “Esforço financeiro” foram identificadas por 11% dos respondentes, apresentando-se como a barreira de acesso identificada com menor frequência. No entanto, das 34 pessoas com NSE que no último ano precisaram de ter consulta mas não conseguiram, 35.3% (n=12) apresentaram, como uma das razões, o preço elevado das consultas. Acrescentando, das 61 pessoas que explicitaram os motivos pelo qual não fazem consultas de rotina, 14.8% (n=9) apresentaram a mesma justificação. Estes resultados são consistentes com os dos estudos revistos (Finger et al., 1989; Gerreth et al., 2014; Ishaque et al., 2016; Hedge et al., 2015; Koneru e Sigal, 2008 e Wyne, 2007). Embora o aspecto financeiro seja amplamente discutido em vários estudos como um fator limitador do acesso, no presente estudo, o segundo local onde foram realizadas mais consultas foram os centros de saúde, onde as taxas moderadoras

são de valor monetário baixo e as pessoas que tenham isenção de taxa moderadora não pagam consultas. Esta utilização de serviços de saúde oral nos centros de saúde poderá, em parte, justificar a baixa percentagem de pessoas que indicaram barreiras nesta dimensão.

O terceiro objetivo (O3) pretendeu estudar os fatores que se associam à utilização regular de serviços de saúde oral das pessoas com NSE na região do Algarve. Para atingir este objetivo, testou-se a independência entre as variáveis que constam no conjunto de teste de hipóteses n.º1. Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a utilização regular de serviços de saúde oral e: diagnóstico de NSE, nível de independência na realização da higiene oral, escolaridade da mãe, disponibilidade de serviços e informação, nível de satisfação com serviços de saúde oral.

As pessoas com maior escolaridade procuram mais os serviços de saúde e procuram ter comportamentos favorecedores da manutenção de um bom estado de saúde. Muitas das pessoas com NSE neste estudo são dependentes e vivem com a mãe e com o pai e dependem deles para aceder a cuidados de saúde, por isso, justifica-se a associação encontrada neste estudo em que as pessoas com NSE em que as mães têm maior nível de escolaridade acedem mais a consultas regulares de saúde oral.

As pessoas com NSE que não conseguem realizar a sua higiene oral mesmo com ajuda fazem menos consultas regulares de saúde oral do que as que apresentam maior independência. Esta diferença de acesso a consultas regulares de saúde oral pode, em parte, ser justificada por as pessoas com maior grau de dependência terem também maior grau de dificuldade em se deslocar e colaborar nas consultas de saúde oral.

Em relação à associação com a identificação de barreiras de acesso na dimensão “Disponibilidade de serviços de informação”, verificou-se que as pessoas que percecionaram barreiras nesta dimensão fazem menos consultas regulares de saúde oral. Este resultado sugere que a falta de locais preparados para fornecer consultas de saúde oral para pessoas com NSE e a falta de estruturas e equipamentos adequados, limitam o acesso a consultas de saúde oral regulares. Estes resultados vão de encontro aos dos estudos de Cardoso et al. (2011) e de William et al. (2015).

Por outro lado, verificou-se que as pessoas com NSE que eram consideradas demasiado jovens ou que não tinham problemas de saúde oral, fazem menos consultas de rotina. Este resultado sugere falta de informação dos pais ou cuidadores sobre os benefícios de realizar consultas regulares de saúde oral em idades mais jovens e vai de encontro aos resultados do estudo de Agili et al. (2004).

Por último, as pessoas que apresentam menores níveis de satisfação com os serviços de saúde oral, tendencialmente, fazem menos consultas regulares de saúde oral. Este resultado sugere que as pessoas que estão menos satisfeitas com os serviços de saúde oral fazem menos consultas regulares de saúde oral (Kittipadukul et al., 2005).

O quarto objetivo (O4) procurou estudar os fatores que se associam ao nível de satisfação com os serviços de saúde oral. Para atingir este objetivo testou-se a independência das variáveis que constam no conjunto de hipóteses n.º2. Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o nível de satisfação com os serviços de saúde oral e a escolaridade da pessoa com NSE e a dimensão das barreiras de acesso percecionadas “Apropriado às necessidades especiais”.

A variável da dimensão das barreiras de acesso percecionadas “Apropriado às necessidades especiais” foi a que apresentou uma associação mais forte com o nível de satisfação com os serviços de saúde oral. Este resultado sugere que o nível de satisfação poderá estar relacionado com o grau de colaboração da pessoa com NSE nas consultas e com o medo que tem dos procedimentos durante a consulta de saúde oral. Consultas em que o grau de colaboração é reduzido podem ser mais difíceis de realizar para o profissional de saúde e para a pessoa com NSE o que pode levar a que a experiência da consulta seja percecionada como má, levando a um pior nível de satisfação.

A associação encontrada neste estudo entre o nível de escolaridade da pessoa com NSE e o nível de satisfação revelou um resultado contrário ao encontrado nos estudos. Na literatura revista, as pessoas com mais escolaridade tendem a apresentar-se menos satisfeitas com os serviços de saúde oral (Ali, 2016; Al-Ogayyel et al., 2018). Neste estudo, as pessoas com mais escolaridade tendem a estar mais satisfeitas com os serviços de saúde sugerindo assim que as pessoas com mais escolaridade poderão ter mais autonomia e um maior grau de colaboração nas consultas levando a que as consultas sejam experienciadas de forma mais positiva.

O quinto objetivo (O5) procurou estudar os fatores que se associam ao estado de saúde oral percebido. Para atingir este objetivo testou-se a dependência das variáveis que constam no conjunto de testes de hipóteses n.º3. Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o estado de saúde oral percebido e: diagnóstico de NSE, nível de independência no andar, idade da pessoa com NSE, escolaridade da mãe, escolaridade do pai, frequência da escola, benefício de pensão, identificação de barreiras ao acesso relacionadas com a dimensão “Aceitabilidade”, identificação de barreiras ao acesso relacionadas com a dimensão “Apropriado às necessidades especiais”, grau de importância que é atribuído à saúde oral, utilização regular de serviços de saúde oral e o nível de satisfação com serviços de saúde oral.

Das associações estatisticamente significativas encontradas, as que apresentam uma força de associação maior com o estado de saúde oral percebido são: nível de independência no andar, idade da pessoa com NSE, benefício de pensão, identificação de barreiras ao acesso relacionadas com a dimensão “Apropriado às necessidades especiais” e a dimensão “aceitabilidade”, o grau de importância que é atribuído à saúde oral, a utilização regular de serviços de saúde oral e o nível de satisfação com os serviços de saúde oral.

A associação entre o nível de independência no andar e o estado de saúde oral percebido sugere que as pessoas com mais autonomia possam ter maior capacidade para aceder a serviços de saúde oral e/ou possam ter maior capacidade em adotar comportamentos promotores de saúde oral.

A idade da pessoa com NSE é um preditor do estado de saúde oral. No presente estudo foram abrangidas pessoas com NSE de várias faixas etárias e associado a idades mais velhas estão piores estados de saúde oral. Este resultado vai de encontro aos do estudo de Matos et al. (2007).

O benefício de pensão está associado ao estado de saúde oral. No presente estudo, as pessoas que não recebem pensão apresentam melhores estados de saúde oral. Pensamos que este resultado pode ser explicado pela inclusão de pessoas com NSE com idades jovens e que não beneficiam ainda de qualquer tipo de pensão, e que pela idade que têm, apresentam melhor estado de saúde oral.

As pessoas com NSE que perceberam barreiras na dimensão “Apropriado às necessidades especiais” apresentam um pior estado de saúde oral percebido. Este resultado sugere que um pior estado de saúde oral poderá estar relacionado com um maior grau de dependência, menor grau de colaboração e mais medo das consultas e dos procedimentos técnicos realizados nas consultas.

Por fim a associação entre o estado de saúde oral percebido e as barreiras de acesso da dimensão “aceitabilidade” sugere que, quando as pessoas com NSE encontram profissionais de saúde oral com pouca experiência ou se recusam a fazer consulta, podem por um lado, ver o seu estado de saúde oral piorar mas também, por outro lado, sugere que a sua condição, que dificulta a relação com os profissionais de saúde oral, pode ser à priori condição para já ter um mau estado de saúde oral.

7. CONCLUSÕES

O acesso de pessoas com NSE a consultas de saúde oral pode ser apresentado como um desafio, por um lado, quando as características das pessoas com NSE limitam a autonomia e diminuem o grau de colaboração, e por outro, quando o sistema de prestação de serviços de saúde oral, profissionais de saúde oral e locais onde são realizadas as consultas não têm preparação adequada para atender pessoas com NSE.

O conhecimento das barreiras de acesso desta população poderá contribuir para desenvolver medidas e políticas de saúde, que permitam reduzir as iniquidades em saúde, facilitar o acesso a serviços de saúde oral, e melhorar o estado de saúde oral das pessoas com NSE, as quais no geral, apresentam mais problemas de saúde oral do que a população em geral.

O objetivo geral deste trabalho foi estudar o acesso a cuidados de saúde oral por parte de pessoas com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) que vivem na região do Algarve e a sua relação no estado de saúde oral percecionado.

Os resultados obtidos permitiram identificar que 50% das pessoas com NSE na região do Algarve, incluídas neste estudo, não faz consultas regulares de saúde oral, que 18,8% nunca teve uma consulta, e que 16,8% precisaram de ter consulta no último ano, mas não conseguiram realizá-la. As principais razões encontradas para não se fazerem consultas regulares de saúde oral foram: Não colaborar/ dificuldade em colaborar (23%); não tem problemas de saúde oral (21,3%); ser muito novo (16,4%) e preços elevados das consultas (14,8%).

É interessante verificar que as principais razões para a não realização de consultas regulares de saúde oral são de dois grandes tipos: razões de natureza individual (não colaboração da pessoa com NSE, não ter problemas de saúde oral ou ser muito jovem) e razões de natureza sistémica (preços elevados das consultas). Por um lado, a questão da não colaboração da pessoa com NSE é particularmente relevante, indiciando que os serviços/profissionais não estarão devidamente preparados para dar resposta a esta população. No entanto, este aspeto merece ser melhor estudado. Por outro lado, a questão dos preços elevados das consultas relaciona-se com o facto de a rede de prestadores de serviços ser predominantemente de natureza privada. Aliás, é de estranhar a baixa proporção de inquiridos que mencionam este aspeto. Isto poderá

explicar-se pelo facto de haver uma aceitação generalizada em Portugal de que os serviços de saúde oral são, maioritariamente, privados.

Em relação à perceção de barreiras de acesso, identificadas pelas pessoas com NSE ou os seus cuidadores, a dimensão “Apropriado às necessidades especiais” foi a mais identificada, o que sugere, mais uma vez, que um dos maiores obstáculos ao acesso a consultas de saúde oral é a dificuldade de colaboração e o medo que a pessoa com NSE tem das consultas. A segunda maior barreira percecionada foi a dimensão “Disponibilidade de serviços e informação”, o que sugere que as pessoas com NSE ou os seus cuidadores percecionam que existem poucos locais preparados para fazer consultas de saúde oral para pessoas com NSE, adequadas às suas características e que permitam ultrapassar a dificuldade da pessoa com NSE colaborar e o seu medo das consultas de saúde oral.

É importante também referir que na dimensão “Disponibilidade de serviços de informação”, foram identificadas pessoas com NSE que percecionaram barreiras de acesso a consultas de saúde oral, por considerarem serem muito novas ou não terem problemas de saúde oral.

Os locais onde são realizadas mais consultas de saúde oral são as clínicas dentárias privadas, e a maioria das consultas foram realizadas há mais de um ano. Os principais motivos para as pessoas com NSE terem realizado a última consulta foram: consultas de rotina, extrações de dentes, tratamento de cárie dentária e destarizações.

Em relação aos fatores que se associam à utilização regular de serviços de saúde oral, identificaram-se associações entre a dimensão “Disponibilidade de serviços e informação”, diagnóstico de NSE; o grau de independência na realização de higiene oral, o grau de satisfação com os serviços de saúde oral e o nível de escolaridade da mãe.

Constata-se, assim, que existe uma multiplicidade de fatores associados à utilização regular dos serviços de saúde oral. Se por um lado temos a importância de fatores de ordem individual (ex.: diagnóstico e nível de independência), por outro temos fatores que remetem para os recursos escolares da mãe. Por último, temos, ainda, fatores sistémicos, nomeadamente os relacionados com a disponibilidade de serviços e informação.

Dos fatores que se associam à satisfação com os serviços de saúde oral, destaca-se a percepção de barreiras de acesso na dimensão “Apropriado às necessidades especiais” e o nível de escolaridade da pessoa com NSE. As pessoas com NSE com menor grau de colaboração e/ou com mais medo das consultas tendem a apresentar maior grau de insatisfação, por outro lado, as pessoas com maior grau de escolaridade tendem a estar mais satisfeitas com os serviços de saúde oral, o que poderá ser justificado, por pessoas com NSE com mais escolaridade apresentarem mais autonomia e melhor grau de colaboração nas consultas, levando a que estejam mais satisfeitas.

O estado de saúde oral foi medido neste estudo através da percepção das pessoas com NSE ou os seus cuidadores. Dos vários fatores em que se encontrou associação com o estado de saúde oral destacam-se: o nível de independência no andar, a idade da pessoa com NSE, o benefício de pensão, as dimensões das barreiras de acesso “Apropriado às necessidades especiais” e “aceitabilidade”, o grau de importância que é atribuído à saúde oral, a utilização regular de serviços de saúde oral e o nível de satisfação com os serviços de saúde oral.

A relação entre a satisfação com os serviços de saúde oral e o estado de saúde oral percebido poderá ser justificada com o facto de estes respondentes terem menos problemas de saúde oral e as consultas serem menos complexas. É ainda relevante mencionar que as pessoas que fazem mais consultas têm mais problemas de saúde oral resolvidos e exibem assim um melhor estado de saúde oral. Por outro lado, as pessoas que atribuem maior importância à saúde oral procuram ter um bom estado de saúde oral e tendem a adotar comportamentos para a manter.

As pessoas que identificaram barreiras na dimensão “Apropriado às necessidades especiais” têm pior estado de saúde oral percebido, podendo-se justificar que são pessoas com maior dificuldade em colaborar nas consultas e em manter uma boa higiene oral.

Conclui-se ainda que as pessoas que não recebiam pensão apresentavam melhor estado de saúde oral. Este resultado sugere que, por um lado, as pessoas que não recebem pensão têm menor grau de dependência e assim conseguem aceder mais a serviços de saúde oral ou manter hábitos de higiene oral, e por outro, associado a não receber pensão poderão estar pessoas com idades mais jovens, que terão melhor estado de saúde oral.

Mais uma vez podemos verificar que existe uma grande multiplicidade de fatores que se associam ao estado de saúde oral percebido. Estes são de ordem individual, incluindo atributos pessoais e recursos escolares, sistémica (barreiras de acesso), atitudes, utilização regular dos serviços, e nível de satisfação com os serviços.

Com este trabalho procurou-se estudar os fatores que se relacionam com o acesso a serviços de saúde oral por parte de pessoas com NSE na região do Algarve. Os principais resultados encontrados sugerem que, embora metade das pessoas com NSE que vivem na região do Algarve faça consultas regulares de saúde oral, são sentidas barreiras no acesso, em particular, na oferta de serviços de saúde oral que estejam preparados para receber pessoas com NSE, que permitam ultrapassar o problema da colaboração e do medo das consultas, e que sejam acessíveis em termos das consultas. Deste modo, uma das recomendações que se poderá fazer será a de aumentar a disponibilidade de locais preparados para estas pessoas e, em especial, através de programas específicos integrados no SNS, aproveitando a capacidade instalada de consultórios dentários nos centros de saúde e de profissionais de saúde (médicos dentistas e higienistas orais).

Concluiu-se ainda que idade jovem ou o desconhecimento dos problemas de saúde oral constituem um fator que limita o acesso, considerando-se assim importante, sensibilizar os cuidadores de pessoas com NSE, que frequentam instituições e associações da região do Algarve, a procurar serviços de saúde oral de forma regular desde as idades mais jovens, porque pode-se traduzir posteriormente num melhor estado de saúde oral.

Este trabalho procurou abranger os vários aspectos relacionados com as barreiras de acesso, no entanto, apresentou algumas limitações que poderão ser ultrapassadas em estudos futuros. Uma das limitações que este estudo apresentou está relacionada com a amostra da população. A amostra foi de conveniência, não aleatória e de pequena dimensão, não sendo possível determinar se a amostra é representativa da população porque não existem dados disponíveis sobre o número de pessoas com NSE, que vivem na região do Algarve. A reduzida dimensão da amostra fez com que não fosse possível realizar alguns dos testes de hipóteses com o teste do Chi-Quadrado, por não cumprir os pressupostos do teste, não sendo assim possível verificar todas as relações entre as variáveis. Por outro lado, as instituições que participaram no estudo foram selecionadas através de listagem de IPSS disponível no website da Segurança Social e verificou-se

que duas instituições particulares que não constavam na respetiva listagem não foram incluídas.

O preenchimento dos questionários foi realizado por pessoas com NSE, pais, cuidadores e técnicos das instituições. A perceção de barreiras de acesso pode variar de acordo com a pessoa que preenche e, por isso, uma sugestão para estudos futuros é que sejam só os Pais ou as pessoas com NSE a preencher os questionários.

A perspetiva dos profissionais de saúde oral teria contribuído para melhorar o conhecimento de barreiras de acesso. Uma das sugestões para estudos futuros é aplicar um questionário aos profissionais de saúde oral que trabalhem na mesma área geográfica em que as pessoas com NSE vivem, dando assim o contributo da sua experiência no tratamento destas pessoas.

Por fim, neste estudo, os recursos económicos dos pais das pessoas com NSE foram avaliados através da situação profissional, o que pode não ser representativo do nível socioeconómico. Em estudos futuros, esta relação poderá ser estudada mais profundamente.

Para terminar, sugerimos que em futuras investigações se explore, com mais profundidade, as razões da não realização de consultas regulares de saúde oral. Pesquisas qualitativas que explorem os fatores facilitadores da colaboração das pessoas com NSE nas consultas de saúde oral seriam particularmente úteis, não só do ponto de vista da ciência como do ponto de vista das políticas públicas.

Referências Bibliográficas

AAIDD- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Disponível em URL: < <http://www.aamr.org/> (acedido em: 07.03.2019).

Agili, D. A., Roseman, J., Pass, M. A., Thornton, J. B. & Chavers, L. S (2004) Access to dental care in Alabama for children with special needs Parents' perspectives. *JADA*, 135

Alborz, A., R. McNally. & C. Glendinning.(2005) Access to health care for people with learning disabilities in the UK: mapping the issues and reviewing the evidence. *Journal of Health Service Research Policy*, 10 – 3.

Albrecht, C. A. M., Rosa, R. S. & Bordin, R. (2017) O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saúde Soc. São Paulo*, 26 (1) 115-128.

Altabet, S. C. (2002) Decreasing Dental Resistance Among Individuals With Severe and Profound Mental Retardation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14 (3).

Alves, V. F., Cardoso, A. M. R., Cavalcanti, Y. W., Padilha, W. W. N. (2017) Oral health care offered to people with disabilities in the primary health care network: what do dentists say? *J Public Health*, 25:11–17.

Al-Ogayyel, S. & S. A. Ali (2018) Comparison of dental treatment performed under general anesthesia between healthy children and children with special health care needs in a hospital setting, Saudi Arabia, *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 10-10, 963-9.

Ali, D. A.(2016) Patient satisfaction in Dental Healthcare Centers. *European Journal of Dentistry*, 10 (3).

Andersen, R. M. (1995) Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of health and social behavior* 36(1) 1-10.

Antunes, J. L. F., Peres, M. A., Frias, A. C., Crosato, E. M. & Biazevic, M. G. (2008) Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos, Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, 42(2):191-9

APPC- Coimbra. Disponível em URL: < https://www.apc-coimbra.org.pt/?page_id=65 (acedido: 07 .07.2019)

Assumpção, F. B. & Pimentel A. C. (2000) Autismo Infantil, *Rev Bras Psiquiatria*, 22,37-9

Barros, P. P. & Lourenço, A. (2016) Cuidados de Saúde Oral – *Universalização, Nova Healthcare Initiative – Research / Universidade Nova de Lisboa*.

Bien, L. (2011) unmet dental needs and barriers to dental care among children with autism spectrum disorders. Master Theses. University of North Carolina.

Bindal, P., Lin, C. H., Bindal, U., Safi, S. Z., Zainuddin, Z. & Lionel, A. (2015) Dental Treatment and Special Needs Patients (snps): Dentist's Point of View in Selected Cities of Malaysia. *Biomedical Research*, 26 (1): 152-156

Bizarra, M. F. & S. R. Graça (2010) O Perfil do Paciente da Consulta para Pessoas com Necessidades Especiais da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, *Revista Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 51, 69-74.

Bizarra, M. F. (2008) *Saúde oral na deficiência, avaliação da implementação de programas comunitários*, Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

Broadbent, J. M., Thomson, W.M, & Poulton R. (2006) Oral Health Beliefs in Adolescence and Oral Health in Young Adulthood. *J Dent Res* 85(4):339-343

Brown, L. F., Ford, P. J. & Symons, A. I. (2000) *Periodontology* 74, 182–193

Cardoso, A. M. R., Brito, D. B. A., Alves, V. F. & Padilha, W. W. N, (2011), O Acesso ao Cuidado em Saúde Bucal para Crianças com Deficiência Motora: Perspectivas dos Cuidadores. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa*, 11-4, 593-99.

Carvalho, J. C., Nieuwenhuysen, J. P. V. & D'Hoore, W. (2001) The decline in dental caries among Belgian children between 1983 and 1998. *Community Dent Oral Epidemiol.* 29: 55–61.

Coleta, M. F. D. (1999) O modelo de crenças em saúde (HBM): Uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. *Temas em Psicologia.* 7(2) 175-182.

Craig, M. H., Scott, J. M., Slayton, R. L., Walker, A. L. & Chi, D. L. (2019) Preventive dental care use for children with special health care needs in Washington's Access to Baby and Child Dentistry program. *The Journal of the American Dental Association*, 150(1):42-48.

Davis, J. M. (2009) Issues in Access to Oral Health Care for Special Care Patients, *Dent Clin N Am* 53, 169–181

Diário da República Eletrónico – Lei de Bases em Saúde XXIV – consolidado: Disponível em URL: < https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/57483775/201905100230/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice (acedido em: 02.02.2019).

Decreto lei n.º 391-91 - Disciplina o regime de acolhimento familiar de idosos e adultos com deficiência. Disponível em URL: < <https://dre.pt/home/-/dre/288067/details/maximized> (acedido em: 02.02.2019).

Decreto lei n.º 46/2006 - Proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde, Disponível em: URL: < <https://dre.pt/pesquisa/-/search/540797/details/maximized> (acedido em 02.02.2019)

Direção Geral da Saúde. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Ministério da Saúde. (2015). Disponível em URL: < <https://www.dgs.pt/documentos-e>

[publicacoes/iii-estudo-nacional-de-prevalencia-das-doencas-orais-pdf.aspx](#) (acedido: em 20.02.2020)

Direção Geral da Saúde. Carta de Ottawa (1986) Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Disponível em URL: < <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx> (acedido em: 05.02.2019)

Direção Geral da Saúde (2002a) Programa Nacional de Promoção para a Saúde Oral. Termos de Referência para a contratualização no âmbito do Programa Nacional de Promoção para a Saúde Oral. Circular normativa n.º 01/DSE de 08/01/2002

Direção Geral da Saúde (2002b) Ganhos de Saúde em Portugal. Relatório do Diretor-Geral e Alto Comissário da Saúde. Lisboa. Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2002c) Manual de Boas Práticas em Saúde Oral para quem trabalha com crianças e jovens com necessidades de saúde especiais.

Direção Geral da Saúde (2008) Programa Nacional de Promoção para a Saúde Oral. Alargamento do Programa Nacional de Promoção para a Saúde Oral: Grávidas e Idosos beneficiários do complemento solidário do idoso. Circular informativa n.º 04/DSPPS/DCVAE de 27/02/08.

Direção Geral da Saúde (2009) Programa Nacional de Promoção para a Saúde Oral. Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS: Normalização de procedimentos. Circular normativa n.º 02/DSPPS/DCVAE de 09/01/09.

Direção Geral da Saúde (2013a) Programa Nacional de Promoção para a Saúde Oral. Pessoas com infeção por HIV/SIDA. Circular normativa n.º 002/2010 de 27/10/2010.

Direção Geral da Saúde (2013b) Programa Nacional de Promoção para a Saúde Oral. Crianças e Jovens da rede pública e IPSS da coorte dos 15 anos completos. Circular normativa n.º 13/2013 de 01/08/2013.

Direção Geral da Saúde (2014) Programa Nacional de Promoção para a Saúde Oral. Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral. Circular normativa n.º 002/2014 de 25/02/2014.

Direção Geral da Saúde (2016a) Plano Nacional de Saúde 2012-2016, 3.2 Eixo estratégico - equidade e acesso aos cuidados de saúde. Publicação não periódica. Ministério da Saúde. Disponível em URL: < http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/Acesso_e_Equidade_2013_003_04.pdf (acedido em 26.11.2018).

Direção Geral da Saúde (2016b) Programa Nacional de Promoção para a Saúde Oral. Jovens da coorte dos 18 anos. Circular normativa n.º 003/2016 de 01/03/2016.

Direção Geral da Saúde (2016c) Projeto de Saúde Oral Experiência Piloto. Circular normativa n.º 008/2016 de 01/09/2016 com atualização a 13/10/2016.

Dougall, A. & J. Fiske (2008) Access to special care dentistry, part 1. Access. *British Dental Journal*. 204, 605-616.

Dougherty, N. J. (2009) A review of cerebral palsy for the oral health professional. *Dental Clinics of North America* 53, 329-338.

ERS – Entidade Reguladora da Saúde (2009) Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS. Disponível em URL: < [https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/86/ERS -
_Estudo do Acesso aos Cuidados de Saude Primarios - Relatorio.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/86/ERS_-_Estudo_do_Acesso_aos_Cuidados_de_Saude_Primaryos_-_Relatorio.pdf) (acedido em: 03.02.2019).

Esteves, M. G., Mednes, S. & Bernardo, M. (2017) Estado de saúde oral numa população institucionalizada com deficiência profunda. *Rev port estomatol med dent cir maxilofac.* 58(3):146-152

Federação Portuguesa do Autismo. Disponível em URL: < <https://www.fpda.pt/autismo> (acedido em: 20.02.2020)

Fisher, J., Selikowitz, H-M., Mathur, M., & Varenne, B. (2018). Strengthening oral health for universal health coverage. *Lancet.* 392.

Fisher-Owens, S. A., Soobader, M.J., Gansky, S.A. Isong I., Weintraub, A., Platt L.J. & Newacheck P.W. (2016) Geography matters: state-level variation in children's oral health care access and oral health status. *Public Health,* 134, 54-63

Flórez, J. (2007) Diagnóstico prenatal del síndrome de Down Y aborto voluntario. *Revista síndrome de Down,* 24, 71-79.

Furtado, C. & J. Pereira (2010) *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde,* Documento de trabalho, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Gace , E., Kelmendi, M. & Fusha, E. (2014) Oral Health Status of Children with Disability Living in Albania. *Mater Sociomed.*26(6): 392-394

Gallagher, J. E. & Fiske, J. (2007) Special Care Dentistry: a professional challenge. *British dental journal,* 202(10)

Gallagher, K. S. (2006) Getting ready for school: promoting cognitive, social and behavioral wellness through early childhood education. *Paper presented at Santa Fe Group Conference, The Life of a Child: The Role of Family and Community in Children's Oral Health, Los Angeles. C.A*

Gerreth, K., & Borysewicz-Lewicka, (2016) Access Barriers to Dental Health Care in Children with Disability. A Questionnaire Study of Parents. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities,*29, 139–145.

Gonçalves, C. (2003). Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: Uma análise exploratória dos resultados dos Censos 2001, *Revista de Estudos Demográficos,* 33 (5), 69-94.

Gravetter, F. J. & Wallnau, L. B. (2013) *Statistics for the Behavioral Sciences.* Ninth Edition.

- Guerreiro, P. &, Garcias, G. L. (2009) Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5):1939-1946.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., David Hughes, M., Gibson. B. , Beech. R. & Hudson, M. (2002) What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7 (3) 186–188.
- Habashneh, R., A., Al-Jundi, S., Khader, Y. & Nofel, N. (2012) Oral health status and reasons for not attending dental care among 12- to 16-year-old children with Down syndrome in special needs centres in Jordan. *International Journal of Dental Hygiene*, 10,259–264.
- Hashemi, Z., Hajizamani, A., Bozorgmehr, E. & Fereshteh Omrani, F.(2012) Oral health status of a sample of disabled population in Iran. *J Oral Health Oral Epidemiol*, 1(1): 23-28
- Hedge, A. M., Babu, A. A., Mohammed, A., John, A. Singh, K. Preethi, V. C. & Shetty, S. (2015) Special needs of special children-parental view. *Nitte University Journal of Health Science*, 5(2)
- Helen G. & Atchison, K. (1995) Oral health, health and health-related quality of life. *Medical Care*. 33, 11.
- Ishaque, M. Y., Rahim, S. & Hussain, M. H. (2016) Factors that limit access to dental care for person with disabilities. *Pak Armed Forces Med J* ,66(2):230-34.
- Jongh, A. Houtem, C. V., Schoof, M. V. D.,Resida, G. & Broers, D. (2008) Oral health status, treatment needs, and obstacles to dental care among noninstitutionalized children with severe mental disabilities in The Netherlands. *Spec Care Dentist* 28(3): 111-115.
- Jonhson, N. L., Burkett, K., Reinhold, J. & Bulta, M. W. (2015) Translating Research to Practice for Children With Autism Spectrum Disorder: Part I: Definition, Associated Behaviors, Prevalence, Diagnostic Process, and Interventions. *Journal of Pediatric Health Care*, 30-1.
- Koneru, A. & M. J. Sigal (2009) Access to dental care for persons with developmental disabilities in Ontario, *Journal of Canadian Dental Association*, 75, 121.
- Leroy, R. & Declerck, D. (2013a) Oral health care utilization in children with disabilities. *Clin Oral Invest*, 17:1855–1861.
- Leroy, R. & Declerck, D. (2013b) Oral health-care utilization in adults with disabilities in Belgium. *Eur J Oral Sci*, 121: 36–42.
- Lei de Bases em Saúde XXIV, Lei n.º 48/90, Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24. Disponível em URL: < <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/57483775/201905100030/57494549/diploma/indice> (acedido em: 26.11.2018)..
- Levesque, J., Harris, M. F. & Russel. (2013) Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12 (18).

- Lira, A. L., Silva, C I. R. & Rebelo, S. T. (2015) Dentists' actions about oral health of individuals with Down Syndrome. *Braz J Oral Sci.* 14(4):256-261
- Lima, Y. B. O. & Cury, J. A. (2001) Ingestão de flúor por crianças pela água dentífrico. *Revista de Saúde Pública*, 35 (6).
- Lourenço, A. & Barros, P. P. (2016) *Cuidados de Saúde Oral Universalização*, Estudo de Investigação da Nova Healthcare Initiative – Research, Universidade Nova de Lisboa.
- Luscre, D. M. & Center, D. B. (1996) Procedures for Reducing Dental-Fear in Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26 (5).
- Malheiro, R., Maia, G., Moreira, C., Tavares, F., Machado, A., Carvalho, F., Ferrão, J., Natário, A., Barradas, L., Moreira, R., Freitas, J., Martins, M., Simão, R., Fernandes, A., Pinheiro, J., Fonseca, L. (2016) Rede de referenciação hospitalar – Estomatologia. Relatório. Ministério da Saúde.
- Maroco, J. (2018) *Análise estatística com o SPSS Statistics (7.ª edição)*. ReportNumber, Análise e gestão da informação. Lda.
- Matos, D. & Lima-Costa, M. (2007) Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003). *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 23(11):2740-2748
- McHugh, M. L. (2013) The Chi-square test of Independence. *Biochemia Medica*;23(2):143–9
- McPherson, M., Arango, P., Fox, H., Lauver, C., McManus, M., Newacheck, P., Perrin, J., Shonkoff, J. & Strickland, B. (1998). A New Definition of Children With Special Health Care Needs *Pediatrics*, 102 – 1.
- Mielnik-Błaszczak, M., Skawińska-Bednarczyk., Michałowski., J. & Błaszczak, (2018) Problems with access to dental treatment for children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 81, 107–110.
- Mugayar, L. R. F.(2000) *Pacientes portadores de necessidades especiais. Manual de odontologia e saúde oral*. São Paulo. Pancast Editora.
- Newacheck, P. W., Strickland, B., Shonkoff, J., Perrin, J. M., McPherson, M., McManus, M., Lauver, C., Fox, H. & Arango, P. (1998). An Epidemiologic Profile of Children With Special Health Care Needs. *Pediatrics*, 102-117
- National Institute of Dental and Craniofacial Research (2006). Practical Oral Care for People with Cerebral Palsy. Disponível em URL: < <https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-09/practical-oral-care-cerebral-palsy.pdf> (acedido em: 20.02.2020).
- National Institute of Dental and Craniofacial Research (2006). Practical Oral Care for People with Autism. Disponível em URL: < <https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-09/practical-oral-care-autism.pdf> (acedido em: 20.02.2020).

National Institute of Dental and Craniofacial Research (2006). Practical Oral Care for People with Intellectual Disability. Disponível em URL: < <https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-09/practical-oral-care-intellectual-care.pdf> (acedido em: 20.02.2020).

Nelson, L. P., Geztin. A., Graham. A., Zhou. J., Wagle, E. M., McQuiston. J., McLaughlin. S., Govind. A., Sadof. M. & Huntington. L., (2011) Unmet dental needs and barriers to care for children with significant special health care needs. *Pediatr Dent.* 33(1):29-36.

Nowak, A. J., Casamassimo, P. S., Scott, J. & Moulton, R. (2014) Do Early Dental Visits Reduce Treatment and Treatment Costs for Children? *Pediatric dentistry* 36 (7).

O'Connor, M., Howell-Meurs, S., Kvalsvig, & Goldfeld. S. Understanding the impact of special health care needs on early school functioning: a conceptual model. (2015) *Child: care, health and development.* 41(1) 15–22.

OMD (2018). Barómetro da Saúde Oral, 4.^a Edição. Ordem dos Médicos Dentistas. Publicação Disponível em URL: < <https://www.ombd.pt/content/uploads/2019/01/barometro-saude-oral-2019.pdf> (acedido em: 26.11.2018).

OMD (2017). Observatório de Saúde Oral, Os números da Ordem. Publicação Anual [online] Ordem dos Médicos Dentistas. Disponível em URL: < <https://www.ombd.pt/content/uploads/2017/12/barometro-saude-oral-2017.pdf> (acedido em: 02.02.2020).

OMD (2010) Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar.

Organização Mundial da Saúde (1980) Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito - classificação internacional de doenças. 1. Disponível em URL: < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70943/ICD_10_1980_v1_pt_1.pdf?Sequence=4&isallowed=y (acedido em:08.03.2020).

Organização Mundial da Saúde (1980) International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. (1980) Disponível em URL: < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261_eng.pdf;jsessionid=57A90B39C27D0A63FC09A8851F0EC804?sequence=1 (acedido em: 02.02.2020).

Organização Mundial da Saúde (2018). Webpage Disabilities. (2018) . Disponível em URL: < <https://www.who.int/topics/disabilities/en/> (acedido em: 07 .06.2019).

Organização Mundial da Saúde (2013). World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Disponível em URL: < https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf (acedido em: 20.02.2020).

Organização Mundial da Saúde (2011). World Report on Disability 2011 Disponível em URL: < https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf (acedido em 07.06.2019).

- Oliveira, A. C., Czeresnia D., Paiva, M. S., Campos, M. R. & Ferreira, E. F. (2008) Uso de serviços odontológicos por pacientes com síndrome de Down. *Rev Saúde Pública*, 42(4):693-9
- Owens, J., Mistry, K. & Dyer, T. (2011) Access to dental services for people with learning disabilities: Quality care? *Journal of Disability and Oral Health*, 12(1), 17-27.
- Patel, R (2012) The State of Oral Health in Europe. *Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe*.
- Pathmashri, V. P. & Santhosh Kumar, M. P. (2018) Dental Management of Children with Autism Spectrum Disorders. *Drug Invention Today* 10 -7 .
- Pancharuniti, N. & Lapyng, P. (2005) Client Satisfaction towards Oral Health Services under Universal Health Coverage Project in Singburi Province, Thailand. *Journal of Public Health and Development* ,3 (3).
- Pavão, A. L. B. & Coeli, C. M. (2008) Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Cad . Saúde Colet. Rio de Janeiro*, 16 (3): 471-482.
- Penchansky, R., & Thomas, W. J. (1981) The Concept of Access. Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical care*. 19(2) 127-140.
- Pereira, L. M., Mardero, E., Ferreira, S. H., Kramer, P. F. & Cogo, R. B. (2010) Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de Odontologia da ULBRA. *Canoas/RS. Stomatos*, v.16, n.31 jul/dez, 92-99.
- Petersen, P. E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C (2005) The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83:661-669.
- PORDATA. Censos 2001. População residente em Portugal por tipo de deficiência. Disponível em URL: < [https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%20a7%20a3o+residente+com+defici%20aancia+segundo+os+Censos+total+e+por+tipo+de+defici%20aancia+\(2001\)-1239](https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%20a7%20a3o+residente+com+defici%20aancia+segundo+os+Censos+total+e+por+tipo+de+defici%20aancia+(2001)-1239) (acedido em 07.06.2019).
- PORDATA. (2018) Número de Dentistas em Portugal por Município. Disponível em URL: < <https://www.pordata.pt/Municipios/Pessoal+de+sa%20bade+m%20a9dicos++dentistas++enfermeiros+e+farmac%20auticos-442-2827> (acedido em: 08.03.2020)
- Rohr, R. I. T. & Barcellos, L. A. (2008) As barreiras de acesso para os serviços odontológicos. *UFES Rev Odontol*, 10(3):37-41.
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Levinton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D., Dan, B. & Jacobsson, B. (2006) A report: the definition and classification of cerebral palsy. April 2006.
- Sanchez, R. M. & Ciconelli (2012) Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 31-3, 260–268.
- Savage, M. F., Lee, J. Y., Kotch, J. B. & Vann, W. F. (2004) Early Preventive Dental Visits: Effects on Subsequent Utilization and Costs. *Pediatrics* vol. 114 (4)

- Scully, C., Dios, P. D. & Kumar, N. (2007) *Special Care in Dentistry*, Philadelphia. Churchill Livingstone.
- Schalock, R. L., Luckasson, R. A., Shogren, K. A., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig E. M., Gomez S. C., Lachapelle, Y., Reeve. A., Snell, M. E., Spreat, C., Tasse´, M. J., Thompson, J. R., Verdugo, M. A., Wehmeyer, M. L., & Mark H. Yeager (2007) The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and developmental disabilities*, 45 (2) 116–124.
- Sheiham, A. (2005) Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 9.
- Sherman, D. K., Updegraff, J. A., & Mann, T. (2008) Improving oral health behavior. A social psychological approach. *JADA*. 139.
- Silva, R. N. A. (2002) A Educação especial da criança com Sindorme de Down. *Pedagogia em foco*.
- Slack-Smith, L., Paley, G., Leonard. H. & O´Grady. M. J. (2010) Parent perceptions—oral health for rural children with intellectual disability. *11th National Rural Health Conference*.
- Slade, G. D., Locker, d., Leake, J. L., Price, S. A. & Chao, I. (1990) Differences in oral health status between institutionalized and non-institutionalized older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* , 18. 272-6.
- Smith, G. & Rooney, Y. (2008) Provision of Dental Care for Special Care Patients in Ireland: A Qualitative and Quantitative Study, *Trinity Student Medical Journal*, 9, 18.
- Subait. A., Ali, A., Alsammahi, O., Aleesa, M. , Alkashan, S., Alsalem, M. , Aldahash, A. , Alfayez, W. & Metwally, A. (2016) Perception and Level of Satisfaction of Patients Seeking Dental Care; A Cross-Sectional Study in a Major Healthcare Center in Saudi Arabia. *J Dent & Oral Disord*. 22(4): 1021.
- Ummer-Christian, R., Iacono, T., Grills, Pradhan, N., Hughes, N. & Gussy M. (2018) Access to dental services for children with intellectual and developmental disabilities – A scoping review, *Research in Developmental Disabilities*, 74, 1–13.
- Vanobbergen, J., Visschere, L., Daems, M., Ceuppens, A. & Emelen. J.(2010) Sociodemographic Determinants for Oral Health Risk Profiles. *International Journal of Dentistry*.
- Whitehead, M. (1992) The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Services*, 22(3) 429-45.
- Williams, J., C. C. Spangler & N. K. Yusaf (2015) Barriers to dental care access for patients with special needs in an affluent metropolitan community. *Special Care Dentist* 35-4, 190-196.
- Wyne, A. (2007) Attitude Of Parents Of Disabled Children Towards Dental Visits In Riyadh, Saudi Arabia. *Tropical dental journal*, 30(2)

ANEXOS

Anexo 1

Tabela A1 – Fatores sociodemográficos

	N	%		N	%
Idade (Categorizado) N=208			A pessoa NSE Vive com quem? N=207		
0 – 4anos	10	4.8	Sozinha	10	4.8
5 – 14anos	24	11.5	Pai/ Mãe	115	55.6
15 – 24anos	44	21.2	Pai/ Mãe e outros familiares	37	17.9
25 – 64anos	122	58.7	Outros Familiares	25	12.1
Mais de 65 anos	8	3.8	Instituição	15	7.2
			Com cuidador	5	2.4
Sexo N=207			Em que região do algarve vive? N=203		
Masculino	117	56.5	Barlavento	12	5.9
Feminino	90	43.5	Centro	165	81.3
			Sotavento	26	12.8
Escolaridade da pessoa NSE N=208			Escolaridade Mãe N=172		
Não saber ler nem escrever	104	50	Não saber ler nem escrever	13	7.6
Sabe ler e escrever/ instrução primária	26	12.5	Sabe ler e escrever/ instrução primária	43	25
2.º e 2.º ciclo do ensino básico	57	27.4	2.º e 2.º ciclo do ensino básico	45	26.2
Ensino secundário	19	9.1	Ensino secundário	36	20.9
Ensino superior	2	1	Ensino superior	35	20.3
A pessoa NSE frequenta actualmente a escola? N=207			A Mãe trabalha ou trabalhou? N=197		
Sim	61	29.5	Sim	141	71.6
Não	146	70.5	Não	32	16.2
			Não sei/não respondo	24	12.2
A pessoa NSE está actualmente a trabalhar? N=207			Escolaridade do Pai N=147		
Sim	2	1	Não saber ler nem escrever	7	4.8
Não	205	99	Sabe ler e escrever/ instrução primária	47	32
			2.º e 2.º ciclo do ensino básico	39	26.5
A pessoa NSE já trabalhou? N=204			Ensino secundário		
Sim	21	10.3	Ensino secundário	30	20.4
Não	183	89.7	Ensino superior	24	16.3
			O pai trabalha ou já trabalhou? N=190		
Especifique último trabalho da pessoa NSE N=19			Sim		
Trabalhadores não qualificados	5	5.3	140 73.7		
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	47.4	Não		
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	3	15.8	13 6.8		
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	9	5.3	Não sei/ não respondo		
Pessoal administrativo	1	26.3	37 19.5		
A pessoa NSE recebe pensão N=201					
Sim	141	70.1			
Não	60	29.9			

Anexo 2

Tabela A2 - Características das consultas de saúde oral

	N	%
A pessoa com NSE Faz consultas de saúde oral de rotina? N=206		
Sim	103	50
Não	103	50
Qual a periodicidade das consultas de rotina? N=101		
6 Em 6 meses	30	29.7
Anual	36	35.6
Dois em dois anos	11	10.9
Três em três anos	7	6.9
Mais do que de três em três anos	17	16.8
Qual o motivo para não fazer consultas de rotina? N=61		
Dificuldade para entrar na clinica/hospital/centro de saúde	2	3.3
Não tem problemas de saúde oral	13	21.3
É muito novo	10	16.4
Problemas de saúde oral não justificam	3	4.9
Preço das consultas de saúde oral muito elevados	9	14.8
A pessoa com NSE tem medo da consulta	4	6.6
Pessoa com NSE não colabora	14	23
Preocupação com anestesia geral	2	3.3
Outro motivo	4	6.6
No último ano precisou de ter consulta de saúde oral mas não conseguiu? N=208		
Sim	35	16.8
Não	173	83.2
Qual o motivo para não ter conseguido ter consulta no último ano? N=34*		
Clinica/ Hospital/ centro de saúde muito longe	1	2.9
Dificuldade em entrar na clínica/hospital/centro de saúde	1	2.9
Problemas de estacionamento	1	2.9
Falta de informação sobre instituições/organizações com consultas para NSE	8	23.8
Clinica/ hospital/ centro saúde sem instalações e equipamentos adequados	7	20.6
Falta de tempo para ir a consulta	2	5.9
Tempo de espera para consulta muito longo	7	20.6
Tempo na sala de espera muito longo	3	8.8
Dificuldade em marcar consulta por telefone	3	8.8
Recusa do profissional de saúde em fazer a consulta	2	5.9
Profissionais de saúde pouco à vontade/pouco preparados para lidar com NSE	7	20.6
Preço das consultas muito elevados	12	35.3
Custo com transportes muito elevados	2	5.9
Clinica/hospital/centro de saúde não aceita seguro de saúde/subsistema/convenção	2	5.9
Clinica/hospital/centro de saúde não aceita cheques dentista	1	2.9
Problemas de saúde da pessoa com NSE não permitem consulta de saúde oral	1	2.9
Pessoa com NSE não colabora na consulta de saúde oral	11	32.4
Preocupação com necessidade de anestesia geral para tratamentos dentários	6	17.6
*Questões de resposta múltipla		
A pessoa com NSE já teve alguma vez uma consulta de saúde oral? N=208		
Sim	169	81.3
Não	39	18.8
Onde foi realizada a última consulta de saúde oral? N=169		
Clínica dentária privada	93	55
Hospital público	29	17.2
Hospital privado	5	3
Centro de saúde	37	21.9
Outro local	5	3

Tabela A2 - Características das consultas de saúde oral (continuação)

	N	%
Há quanto tempo foi realizada a última consulta de saúde oral N=168		
Menos de 6 meses	43	25.6
Entre 6 meses e 1 ano	35	20.8
Entre 1 e 2 anos	28	16.7
Mais de 2 anos	34	20.2
Não sei/ não me lembro	28	16.7
Qual a razão para a consulta de saúde oral? N=165*		
Consulta de rotina	61	37
Relacionado com aparelho dentes	8	4.8
Extração de dentes	35	21.2
Problemas de gengiva	7	4.2
Recomendação do médico ou outro profissional de saúde	6	3.6
Dor/ infecção	17	10.3
Aplicação de selantes de fissura	3	1.8
Tratamento de cárie dentária	33	20
Destartarização	29	17.6
Relacionado com erupção dentária	4	2.4
Relacionado com prótese dentária	6	3.6
Outros motivos	5	3
*Questões de resposta múltipla		
A última consulta foi paga de que forma? N=169		
Custo total suportado pelo próprio	71	42
Isento taxa moderadora	39	23.1
Subsistema saúde/convenção	9	5.3
Seguro de saúde	5	3
Cheques dentista	11	6.5
Não cobraram consulta	17	10.1
Outras formas	2	1.2
Não sei/ não me lembro	15	8.9
O que se aplicou na última consulta? N=166*		
Nada de relevante a registrar	96	57.8
Dificuldade em entrar na clinica/hospital/centro de saúde	8	4.8
Problema de estacionamento	12	7.2
Clinica/ hospital/ centro saúde sem instalações e equipamentos adequados	7	4.2
Tempo na sala de espera muito longo	15	9
Pessoa com NSE teve medo da consulta	31	18.7
Pessoa com NSE teve dificuldade em se sentar na cadeira	15	9
Pessoa com NSE teve dificuldade em colaborar na consulta	36	21.7
Profissionais pouco à vontade/preparados para lidar com NSE	9	5.4
Profissional de saúde com pouca experiência para NSE	19	11.4
*Questões de resposta múltipla		
Necessidade de estratégias para aumentar colaboração na última consulta N=158		
Teve uma atitude colaborativa	95	60.1
Sedação consciente	2	1.3
Medicação oral sedativa	5	3.2
Contenção física	14	8.9
Anestesia geral	7	4.4
Outras técnicas	9	5.7
Não sei/ não me lembro	22	13.9
Não colaborou na consulta	4	2.5

Tabela A2 - Características das consultas de saúde oral (continuação)

	N	%
Qual o meio de transporte utilizado para a última consulta N=168		
Automóvel	116	69
Transportes públicos	10	6
Transporte da instituição	10	6
A pé	12	7.1
Não usa meio de transportes	16	9.5
Outros meios de transporte	3	1.8
Tempo gasto até à última consulta N=167		
Menos de 15 minutos	60	35.9
Entre 15 e 30 minutos	80	47.9
Entre 31 e 60 minutos	18	10.8
Mais de 60 minutos	9	5.4
Qual a razão para nunca ter tido uma consulta de saúde oral? N=38*		
Não tem problemas de saúde oral	16	42.1
É muito novo para ir a consultas	8	21.1
Pessoa com NSE não colabora na consulta	10	26.3
Problemas de saúde oral não justificam consulta de saúde oral	3	7.9
Clínica/hospital/centro de saúde muito longe	1	2.6
Inexistência de transportes públicos	1	2.6
Horário dos transportes públicos	1	2.6
Dificuldade entrar na clinica/hospital/centro de saúde	2	5.3
Falta de informação sobre instituições/organizações onde há consultas para NSE	6	15.8
Clinica/hospital/centro de saúde sem equipamentos e instalações para NSE	5	13.2
Falta de tempo para ir à consulta	2	5.3
Recusa do profissional de saúde em fazer a consulta	1	2.6
Preços das consultas de saúde oral muito elevados	6	15.8
Custo com o transporte muito elevado	1	2.6
Aguardo contacto clinica/hospital/centro de saúde para agendar consulta	2	5.3
Problemas de saúde não permitem consulta de saúde oral	1	2.6
Preocupação com necessidade de anestesia geral para tratamentos dentários	2	5.3
Outros motivos	2	5.3
*Questões de resposta múltipla		
Qual o grau de concordância com a seguinte afirmação. O SNS devia ter um programa de saúde oral para pessoas com NSE N=209		
Concordo totalmente	158	75.6
Concordo	46	22
Indiferente	4	1.9
Não concordo nada	1	0.5

Anexo 3

Tabela A3 - Percepção de barreiras no acesso a consultas de saúde oral N=209

	N	%
Barreiras percebidas no acesso a consultas de saúde oral em <u>todas as 6 dimensões</u>		
Sim	131	62.7
Não	78	37.3
Barreiras percebidas no acesso a consultas de saúde oral na dimensão <u>acessibilidade</u>		
Sim	26	12.4
Não	183	87.6
Barreiras percebidas no acesso a consultas de saúde oral na dimensão <u>disponibilidade de serviços e informação</u>		
Sim	62	29.7
Não	147	70.3
Barreiras percebidas no acesso a consultas de saúde oral na dimensão <u>aceitabilidade</u>		
Sim	28	13.4
Não	181	86.6
Barreiras percebidas no acesso a consultas de saúde oral na dimensão <u>adequabilidade</u>		
Sim	28	13.4
Não	181	86.6
Barreiras percebidas no acesso a consultas de saúde oral na dimensão <u>esforço financeiro</u>		
Sim	23	11
Não	186	89
Barreiras percebidas no acesso a consultas de saúde oral na dimensão <u>apropriado às necessidades especiais</u>		
Sim	73	34.9
Não	136	65.1

Anexo 4

Tabela A4 - Fatores associados à utilização regular de serviços de saúde oral

	Faz consultas regulares de saúde oral ?		<i>p</i>	<i>V-Cramer</i>
	Sim N (%)	Não N (%)		
<u>Percepção de barreiras no acesso ao nível de cada uma das dimensões (n=206)</u>				
Acessibilidade				
Sim	11 (44%)	14 (56%)	0.522	0.05
Não	92 (50.8%)	89 (49.2%)		
Disponibilidade de serviços e informação				
Sim	15 (25%)	45 (75%)	0.000 *	0.32
Não	88 (60.3%)	58 (39.7%)		
Adequabilidade				
Sim	8 (28.6%)	20 (71.4%)	0.015 *	0.17
Não	95 (53.4%)	83 (46.6%)		
Aceitabilidade				
Sim	10 (37%)	17 (63%)	0.148	0.10
Não	93 (52%)	86 (48%)		
Esforço financeiro				
Sim	6 (26.1%)	17 (73.9%)	0.015 *	0.17
Não	97 (53%)	86 (47%)		
Apropriado às Necessidades				
Sim	28 (38.4%)	45 (61.6%)	0.013 *	0.17
Não	75 (56.4%)	58 (43.6%)		
<u>Fatores sociodemográficos</u>				
Sexo N=204				
Homem	60 (52.6%)	54 (47.4%)	0.398	0.06
Mulher	42 (46.7%)	48 (53.3%)		
Idade (Categorizado Observatório da deficiência) *(a)				

Escolaridade da pessoa NSE N=205				
Não saber nem escrever	43 (42,2%)	59 (57,8%)	0.182	0.17
Sabe ler e escrever/ensino primário	15 (60%)	10 (40%)		
2.º e 3.º Ciclo	30 (52.6%)	27 (47.4%)		
Ensino Secundário	13 (68.4%)	6 (31.6%)		
Ensino Superior	1 (50%)	1 (50%)		
Escolaridade da Mãe N=170				
Não saber nem escrever	5 (38.5%)	8 (61.5 %)	0.032*	0.25
Sabe ler e escrever/ensino primário	14 (32.6%)	29 (67.4%)		
2.º e 3.º Ciclo	28 (63.6%)	16 (36.4%)		
Ensino Secundário	21 (58.3%)	15 (41.7%)		
Ensino Superior	19 (55.9%)	15 (44.1%)		

**Tabela A4 - Fatores associados à utilização regular de serviços de saúde oral
(continuação)**

	Faz consultas regulares de saúde oral ?		<i>p</i>	V- Cramer
	Sim N (%)	Não N (%)		
Escolaridade do Pai N=146			0.122	0.22
Não saber nem escrever	5 (71.4%)	2 (28.6%)		
Sabe ler e escrever/ensino primário	17 (36.2%)	30 (63.8%)		
2.º e 3.º Ciclo	23 (59%)	16 (41%)		
Ensino Secundário	18 (60%)	12 (40%)		
Ensino Superior	12 (52.2%)	11 (47.8%)		
A pessoa NSE Frequenta a escola N=204			0.646	0.03
Sim	32 (52.5%)	29 (47.5%)		
Não	70 (49%)	73 (51%)		
A pessoa NSE está atualmente a trabalhar? N=204*(a)	----	----	----	----
A pessoa NSE Já trabalhou? N=201			0.445	0.05
Sim	9 (42.9%)	12 (57.1%)		
Não	93 (51.7%)	87 (48.3%)		
A pessoa NSE recebe alguma pensão? N=198			0.216	0.09
Sim	73 (52.9%)	65 (47.1%)		
Não	26 (43.3%)	34 (56.7%)		
A Mãe Trabalha ou já trabalhou? N=194			0.128	0.15
Sim	78 (56.1%)	61 (43.9%)		
Não	13 (40.6%)	19 (59.4%)		
Não sei/ Não respondo	9 (39.1%)	14 (60.9%)		
O Pai Trabalha ou já trabalhou? N=187			0.041*	0.19
Sim	73 (52.9%)	65 (47.1%)		
Não	9 (69.2%)	4 (30.8%)		
Não sei/ Não respondo	12 (33.3%)	24 (66.7%)		
Com vive a pessoa com NSE? N=204			0.402	0.16
Sozinha	3 (30%)	7 (70%)		
Pai/ Mãe	64 (56.6%)	49 (43.4%)		
Pai/ Mãe e outros familiares	16 (43.2%)	21 (56.8%)		
Outros Familiares	11 (44%)	14 (56%)		
Instituição	6 (42.9%)	8 (57.1%)		
Com cuidador	2 (40%)	3 (60%)		
Local de residência N=200			0.867	0.04
Barlavento	6 (50%)	6 (50%)		
Centro	82 (50.3%)	81 (49.7%)		
Sotavento	14 (56%)	11 (44%)		
<u>Diagnóstico e dependência</u>				
Diagnóstico NSE N=200			0.043 *	0.22
Paralisia cerebral	16 (48.5%)	17 (51.5%)		
Síndrome Down	19 (79.2%)	5 (20.8%)		
Autismo	7 (36.8%)	12 (63.2%)		
Deficiência Intelectual	36 (46.8%)	41 (53.2%)		
Outros Diagnósticos	23 (48.9%)	24 (51.1%)		

**Tabela A4 - Fatores associados à utilização regular de serviços de saúde oral
(continuação)**

	Faz consultas regulares de saúde oral ?		<i>p</i>	<i>V-Cramer</i>
	Sim	Não		
	N (%)	N (%)		
Nível de independência no andar N=206			0.308	0.07
Anda sem ajuda	84 (51.9%)	78 (48.1%)		
Anda com ajuda/com andarilho/cadeira de rodas	19 (43.2%)	25 (56.8%)		
Nível de independência na realização de higiene oral N=205			0.000 *	0.29
Realiza higiene oral sem ajuda	68 (53.5%)	59 (46.5%)		
Realiza higiene oral com ajuda	33 (58.9%)	23 (41.1%)		
Não consegue realizar higiene oral mesmo com ajuda	2 (9.1%)	20 (90.9%)		
<u>Atitudes perante a saúde</u>				
Qual o grau de importância que é atribuído à saúde oral? N=206			0.228	0.17
Nada importante	3 (42.9%)	4 (57.1%)		
Pouco importante	3 (25%)	9 (75%)		
Alguma importância	6 (46.2%)	7 (53.8%)		
Importante	15 (41.7%)	21 (58.3%)		
Muito Importante	76 (55.1%)	62 (44.9%)		
<u>Nível de satisfação com serviços de saúde oral</u>				
Qual o grau de satisfação com a última consulta de saúde oral? N=168			0.000*	0.35
Insatisfeito	4 (25%)	12 (75%)		
Nem satisfeito nem insatisfeito	6 (30%)	14 (70%)		
Satisfeito	92 (69.7%)	40 (30.3%)		

*Estatisticamente significativo

(a) Não foi realizada análise

Anexo 5

Tabela A5 - Fatores associados ao nível de satisfação com serviços de saúde oral

	<u>Nível de Satisfação com Serviços de saúde oral</u>			<i>p</i>	<i>V-Cramer</i>
	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito		
<u>Perceção de barreiras no acesso ao nível de cada uma das dimensões N=169</u>					
Acessibilidade (a)	----	----	----	----	----
Disponibilidade de serviços e informação (a)	----	----	----	----	----
Adequabilidade (a)	----	----	----	----	----
Aceitabilidade (a)	----	----	----	----	----
Esforço financeiro (a)	----	----	----	----	----
Apropriado às Necessidades				0.000 *	0.38
Sim	14 (23%)	10 (16.4%)	37 (60.7%)		
Não	2 (1.9%)	10 (9.3%)	96 (88.9%)		
<u>Fatores sociodemográficos</u>					
Sexo N=167				0.694	0.07
Homem	8 (8.8%)	12 (13.2%)	71 (78%)		
Mulher	8 (10.5%)	7 (9.2%)	61 (80.3%)		
Idade (categorizado) N=168			<i>r</i> = -0.13	0.104	
0 – 4 anos	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)		
5 – 14 anos	1 (5.6%)	2 (11.1%)	15 (83.3%)		
15 – 24 anos	4 (10.8%)	2 (5.4%)	31 (83.8%)		
25 – 64 anos	10 (9.6%)	14 (13.5%)	80 (76.9%)		
Mais de 65 anos	1 (16.7%)	2 (33.3%)	3 (50%)		
Escolaridade da pessoa NSE (agrupado) N=168			<i>rS</i> = 0.25	0.001*	
Não saber nem escrever	10 (12.7%)	15 (19%)	54 (68.4%)		
Sabe ler e escrever/ensino primário	2 (9.5%)	3 (14.3%)	16 (76.2%)		
2.º e 3.º Ciclo	4 (7.8%)	1 (2%)	46 (90.2%)		
Ensino Secundário	0 (0%)	1 (6.3%)	15 (93.8%)		
Ensino Superior	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)		
Escolaridade da Mãe (agrupado) N=138			<i>rS</i> = 0.062	0.470	
Não saber nem escrever	2 (18.2%)	3 (27.3%)	6 (54.5%)		
Sabe ler e escrever/ensino primário	6 (17.1%)	1 (2.9%)	28 (80%)		
2.º e 3.º Ciclo	1 (2.4%)	3 (7.3%)	37 (90.2%)		
Ensino Secundário	3 (10.3%)	3 (10.3%)	23 (79.3%)		
Ensino Superior	3 (13.6%)	2 (9.1%)	17 (77.3%)		
Escolaridade do Pai (agrupado) N=119			<i>rS</i> = 0.10	0.294	
Não saber nem escrever	0 (0%)	2 (28.6%)	5 (71.4%)		
Sabe ler e escrever/ensino primário	7 (16.3%)	4 (9.3%)	32 (74.4%)		
2.º e 3.º Ciclo	3 (10%)	3 (10%)	24 (80%)		
Ensino Secundário	2 (8.7%)	1 (4.3%)	20 (87%)		
Ensino Superior	2 (12.5%)	1 (6.3%)	13 (81.3%)		

Tabela A5 - Fatores associados ao nível de satisfação com serviços de saúde oral (continuação)

	<u>Nível de Satisfação com Serviços de saúde oral</u>			<i>p</i>	<i>V-Cramer</i>
	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito		
A pessoa NSE Frequenta a escola N=167				0.649	0.07
Sim	3 (6.3%)	6 (12.5%)	39 (81.3%)		
Não	13 (10.9%)	14 (11.8%)	92 (77.3%)		
A pessoa NSE está atualmente a trabalhar? (a)	---	---	---	---	---
A pessoa NSE Já trabalhou? (a)	---	---	---	---	---
A pessoa NSE recebe alguma pensão? (a)	---	---	---	---	---
A Mãe Trabalha ou já trabalhou? (a)	---	---	---	---	---
O Pai Trabalha ou já trabalhou? (a)	---	---	---	---	---
Com vive a pessoa com NSE? (a)	---	---	---	---	---
Local de residência (a)	---	---	---	---	---
<u>Diagnóstico e dependência</u>					
Diagnóstico NSE (a)	---	---	---	---	---
Nível de independência no andar(a)	---	---	---	---	---
Nível independência na realização higiene oral (a)	---	---	---	---	---
<u>Atitudes perante a saúde</u>					
Grau de importância que é atribuído à saúde oral N=169				rS = 0.03	0.657
Nada importante	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)		
Pouco importante	0 (0%)	0 (0%)	8 (100%)		
Alguma importância	0 (0%)	2 (18.2%)	9 (81.8%)		
Importante	1 (3.2%)	9 (29%)	21 (67.7%)		
Muito importante	14 (12.2%)	8 (7%)	93 (80.9%)		
<u>Utilização regular de serviços de saúde oral</u>					
A pessoa com NSE faz consultas de rotina? N=168				0.000*	0.35
Sim	4 (3.9%)	6 (5.9%)	92 (90.2%)		
Não	12 (18.2%)	14 (21.2%)	40 (60.6%)		

*Estatisticamente significativo
(a) Não foi realizada análise

Anexo 6

Tabela A6 - Fatores associados ao estado de saúde oral percebido

	Qual o estado de saúde oral?			P	V-Cramer
	Mau N (%)	Razoável N (%)	Bom N (%)		
<u>Perceção de barreiras no acesso ao nível de cada uma das dimensões (N=206)</u>					
Acessibilidade					
Sim	5 (19.2%)	12 (46.2%)	9 (34.6%)	0.092	0.15
Não	46 (25.6%)	46 (25.6%)	88 (48.9%)		
Disponibilidade de serviços e informação					
Sim	18 (29.5%)	14 (23%)	29 (47.5%)	0.443	0.09
Não	33 (22.8%)	44 (30.3%)	68 (46.9%)		
Adequabilidade					
Sim	10 (35.7%)	9 (32.1%)	9 (32.1%)	0.193	0.13
Não	41 (23%)	49 (27.5%)	88 (49.4%)		
Aceitabilidade					
Sim	12 (42.9%)	11 (39.3%)	5 (17.9%)	0.003*	0.24
Não	39 (21.9%)	47 (26.4%)	92 (51.7%)		
Esforço financeiro					
Sim	8 (36.4%)	9 (40.9%)	5 (22.7%)	0.053	0.17
Não	43 (23.4%)	49(26.6%)	92 (50%)		
Apropriado às Necessidades					
Sim	31 (42.5%)	24 (32.9%)	18 (24.7%)	0.000*	0.36
Não	20 (15%)	34 (25.6%)	79 (59.4%)		
<u>Fatores sociodemográficos</u>					
Sexo N=204					
Homem	23 (20%)	34 (29.6%)	58 (50.4%)	0.308	0.11
Mulher	26 (29.2%)	24 (27%)	39 (43.8%)		
Idade (Categorizado) N=205					
0 – 4 anos	0 (0%)	2 (20%)	8 (80%)	$r = -0.34$	0.000*
5 – 14 anos	2 (8.3%)	5 (20.8%)	17 (70.8%)		
15 – 24 anos	8 (18.2%)	10 (22.7%)	26 (59.1%)		
25 – 64 anos	35 (29.2%)	41 (34.2%)	44 (36.7%)		
Mais de 65 anos	6 (85.7%)	0 (0%)	1 (14.3%)		
Escolaridade da pessoa NSE N=205					
Não saber nem escrever	37 (35.6%)	23 (22.1%)	44 (42.3%)	$rS = -0.16$	0.022*
Sabe ler e escrever/ensino primário	3 (12%)	8 (32%)	14 (56%)		
2.º e 3.º Ciclo	10 (17.9%)	17 (30.4%)	29 (51.8%)		
Ensino Secundário	1 (5.6%)	9 (50%)	8 (44.4%)		
Ensino Superior	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)		
Escolaridade da Mãe N=170					
Não saber nem escrever	9 (69.2%)	2 (15.4%)	2 (15.4%)	$rS = 0.27$	0.000*
Sabe ler e escrever/ensino primário	10 (23.8%)	14 (33.3%)	18 (42.9%)		
2.º e 3.º Ciclo	10 (22.7%)	12 (27.3%)	22 (50%)		
Ensino Secundário	6 (16.7%)	11 (30.6%)	19 (52.8%)		
Ensino Superior	3 (8.6%)	9 (25.7%)	23 (65.7%)		

Tabela A6 - Fatores associados ao estado de saúde oral percebido (continuação)

	Qual o estado de saúde oral?			P	V-Cramer
	Mau N (%)	Razoável N (%)	Bom N (%)		
				rS = 0.23	0.004*
Escolaridade do Pai N=145					
Não saber nem escrever	3 (42.9%)	1 (14.3%)	3 (42.9%)		
Sabe ler e escrever/ensino primário	15 (32.6%)	11 (23.9%)	20 (43.5%)		
2.º e 3.º Ciclo	7 (17.9%)	14 (35.9%)	18 (46.2%)		
Ensino Secundário	2 (6.9%)	8 (27.6%)	19 (65.5%)		
Ensino Superior	2 (8.3%)	7 (29.2%)	15 (62.5%)		
A pessoa NSE Frequenta a escola N=204					
Sim	6 (10.2%)	20 (33.9%)	33 (55.9%)	0.007*	0.22
Não	45 (31%)	36 (24.8%)	64 (44.1%)		
A pessoa NE está a trabalhar? (a)					
	----	----	----	----	----
A pessoa NSE Já trabalhou? N=201					
Sim	5 (26.3%)	7 (36.8%)	7 (36.8%)	0.541	0.08
Não	45 (24.7%)	48 (26.4%)	89 (48.9%)		
A pessoa NSE recebe alguma pensão? N=198					
Sim	40 (28.6%)	47 (33.6%)	53 (37.9%)	0.000*	0.30
Não	8 (13.8%)	9 (15.5%)	41 (70.7%)		
A Mãe Trabalha ou já trabalhou? N=194					
Sim	22 (15.7%)	41 (29.3%)	77 (55%)	0.005*	0.19
Não	13 (40.6%)	6 (18.8%)	13 (40.6%)		
Não sei/ Não respondo	8 (36.4%)	8 (36.4%)	6 (27.3%)		
O Pai Trabalha ou já trabalhou? (a)					
	----	----	----	----	----
Com vive a pessoa com NSE? (a)					
	----	----	----	----	----
Local de residência (a)					
	----	----	----	----	----
<u>Doença e dependência</u>					
Diagnóstico NSE N=200					
Paralisia cerebral	7 (20.6%)	17 (50%)	10 (29.4%)	0.016*	0.21
Síndrome Down	4 (16%)	5 (20%)	16 (64%)		
Autismo	4 (21.1%)	3 (15.8%)	12 (63.2%)		
Deficiência Intelectual	26 (33.8%)	18 (23.4%)	33 (42.9%)		
Outros Diagnósticos	7 (15.6%)	15 (33.3%)	23 (51.1%)		
Nível de independência no andar N=206					
Anda sem ajuda	39 (24.1%)	37 (22.8%)	86 (53.1%)	0.001*	0.26
Anda com ajuda/com andador/cadeira de rodas	12 (27.3%)	21 (47.7%)	11 (25%)		
Nível de independência na realização de higiene oral N=205					
Realiza higiene oral sem ajuda	24 (18.9%)	35 (27.6%)	68 (53.5%)	0.005*	0.19
Realiza higiene oral com ajuda	16 (28.6%)	14 (25%)	26 (46.4%)		
Não consegue realizar higiene oral mesmo com ajuda	11 (50%)	8 (36.4%)	3 (13.6%)		

Tabela A6 - Fatores associados ao estado de saúde oral percebido (continuação)

	Qual o estado de saúde oral?			P	V-Cramer
	Mau N (%)	Razoável N (%)	Bom N (%)		
<u>Atitudes perante a saúde:</u>					
Grau de importância que é atribuído à saúde oral				rS = 0.31	0.000*
N=206					
Nada importante	6 (100%)	0 (0%)	0 (0%)		
Pouco importante	7 (58.3%)	4 (33.3%)	1 (8.3%)		
Alguma importância	3 (21.4%)	8 (57.1%)	3 (21.4%)		
Importante	10 (28.6%)	9 (25.7%)	16 (45.7%)		
Muito importante	35 (18%)	37 (26.6%)	77 (55.4%)		
<u>Utilização regular de serviços de saúde</u>					
Faz consultas de rotina? N=203				0.000*	0.33
Sim	12 (11.7%)	29 (28.2%)	62 (60.2%)		
Não	39 (39%)	27 (27%)	34 (34%)		
<u>Nível de satisfação com serviços de saúde oral</u>					
Qual o grau de satisfação com a última consulta de saúde oral? N=168				rS = 0.44	0.000*
Insatisfeito	10 (62.5%)	5 (31.3%)	1 (6.3%)		
Nem satisfeito nem insatisfeito	11 (55%)	7 (35%)	2 (10%)		
Satisfeito	21 (15.9%)	40 (30.3%)	71 (53.8%)		

*Estatisticamente significativo

(a) Não foi realizada análise

ANEXO 7



Faculdade de Economia – Universidade do Algarve Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Acesso a consultas de saúde oral por parte de pessoas com necessidades de saúde especiais

Instruções: Usar uma caneta para preencher o questionário. Fazer uma cruz nos quadrados em branco ou escrever nos espaços em branco. As questões com múltiplas opções de resposta têm essa indicação no início da questão.

Este questionário debruça-se sobre o tema do acesso a consultas de saúde oral por parte de pessoas com necessidades de saúde especiais (Autismo, Síndrome de Down, Paralisia Cerebral, Incapacidade Intelectual e outras condições). O questionário é anónimo e os dados recolhidos são confidenciais, e serão utilizados apenas no âmbito desta investigação.

Este questionário demora, em média, cerca de 10 minutos a preencher.

1. Quem responde a este questionário?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pai / Mãe | <input type="checkbox"/> O próprio (exemplo: pessoa com autismo, paralisia cerebral, incapacidade intelectual, síndrome de down) |
| <input type="checkbox"/> Outro familiar (Avós, Tios, Irmãos, Sobrinhos) | <input type="checkbox"/> Outro (Por favor especifique) _____ |

2. Qual a idade da pessoa com necessidades de saúde especiais? _____

3. Qual é o sexo da pessoa com necessidades de saúde especiais? Homem Mulher

4. Dos seguintes diagnósticos, qual é o que se aplica à pessoa com necessidades de saúde especiais?

- Paralisia Cerebral Síndrome de Down Autismo Deficiência Intelectual
- Outro tipo (por favor especifique) _____

5. Qual é o nível de escolaridade da pessoa com necessidades de saúde especiais?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever | <input type="checkbox"/> 10º - 12º ano |
| <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever | <input type="checkbox"/> Licenciatura |
| <input type="checkbox"/> 1º - 4º ano do ensino primário | <input type="checkbox"/> Mestrado |
| <input type="checkbox"/> 5º - 6º ano | <input type="checkbox"/> Doutoramento |
| <input type="checkbox"/> 7º - 9º ano | |

6. Está actualmente a frequentar a escola? Sim Não

7. A pessoa com necessidades de saúde especiais está actualmente a trabalhar?

- Sim (por favor especifique a profissão) _____
- Não

8. Se não, já teve um trabalho pago?

- Sim (por favor especifique a última profissão) _____
- Não

9. A pessoa com necessidades de saúde especiais recebe alguma pensão?

- Sim, Qual (por favor especifique?) _____
- Não

10. Com quem vive a pessoa com necessidades de saúde especiais?

- Sozinha Com pai/ mãe Com pai/ mãe e outros familiares
- Com outros familiares Com outras pessoas (por favor especifique) _____

11. Em que Concelho mora a pessoa com necessidades de saúde especiais?

12. Qual o nível de escolaridade da Mãe da pessoa com necessidades de saúde especiais?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever | <input type="checkbox"/> 10º - 12º ano |
| <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever | <input type="checkbox"/> Licenciatura |
| <input type="checkbox"/> 1º - 4º ano do ensino primário | <input type="checkbox"/> Mestrado |
| <input type="checkbox"/> 5º - 6º ano | <input type="checkbox"/> Doutoramento |
| <input type="checkbox"/> 7º - 9º ano | <input type="checkbox"/> Não sei |

13. A Mãe da pessoa com necessidades de saúde especiais trabalha ou já trabalhou?

- Sim (por favor indique a profissão ou última profissão) _____
- Não
- Não sei/ Não respondo

14. Qual o nível de escolaridade do Pai da pessoa com necessidades de saúde especiais?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever | <input type="checkbox"/> 10º - 12º ano |
| <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever | <input type="checkbox"/> Licenciatura |
| <input type="checkbox"/> 1º - 4º ano do ensino primário | <input type="checkbox"/> Mestrado |
| <input type="checkbox"/> 5º - 6º ano | <input type="checkbox"/> Doutorado |
| <input type="checkbox"/> 7º - 9º ano | <input type="checkbox"/> Não sei |

15. O Pai da pessoa com necessidades de saúde especiais trabalha ou já trabalhou?

- Sim (por favor indique a profissão ou última profissão) _____
- Não
- Não sei/ Não respondo

16. Relativamente ao nível de independência da pessoa com necessidades de saúde especiais no que respeita ao andar, qual das seguintes situações se aplica?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consegue caminhar sem ajuda | <input type="checkbox"/> Consegue caminhar com ajuda de outra pessoa |
| <input type="checkbox"/> Consegue caminhar com ajuda de andarilho/ canadiana | <input type="checkbox"/> Desloca-se em cadeira de rodas/ maca |

17. Relativamente ao nível de independência da pessoa com necessidades de saúde especiais no que respeita à realização da sua higiene oral, qual das seguintes situações se aplica?

- Consegue realizar a sua higiene oral sem ajuda Consegue realizar a sua higiene oral com ajuda
- Não consegue realizar a sua higiene oral mesmo com ajuda

18. Qual o grau de importância que atribui à saúde oral (saúde da boca)?

- Nada importante Pouco importante Alguma importância Importante Muito importante

19. Na sua opinião qual é o estado de saúde oral da pessoa com necessidades de saúde especiais?

- Muito bom Bom Razoável Mau Muito mau Não sei

20. A pessoa com necessidades de saúde especiais faz consultas de regulares de saúde oral?

- Sim, Qual a periodicidade? 6 em 6 meses Anual
 De dois em dois anos De três em três anos
 Mais do que três em três anos
- Não (por favor indique as razões)
-

21. Durante o último ano, aconteceu a situação de a pessoa com necessidades de saúde especiais precisar de uma consulta de saúde oral, mas não ter conseguido tal consulta?

- Não (por favor, passe para a pergunta nº24) Sim

22. Qual foi a razão (ou razões) para a pessoa com necessidades de saúde especiais não ter conseguido ter uma consulta de saúde oral no último ano? (Por favor escolha todas as opções que se apliquem)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Clínica/hospital/centro de saúde é muito longe | <input type="checkbox"/> Horário de funcionamento da clínica/hospital/centro de saúde |
| <input type="checkbox"/> Inexistência de transporte público | <input type="checkbox"/> Recusa do profissional de saúde oral em fazer a consulta |
| <input type="checkbox"/> Horário limitado dos transportes públicos | <input type="checkbox"/> Profissionais da Clínica/hospital/centro de saúde pouco à vontade/ pouco preparados para lidar com pessoas com necessidades de saúde especiais. |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade para entrar na clínica/hospital/centro de saúde (por exemplo ausência de rampas de acesso ou elevadores) | <input type="checkbox"/> Preços das consultas de saúde oral muito elevados |
| <input type="checkbox"/> Problema de estacionamento perto da clínica/hospital/centro de saúde | <input type="checkbox"/> Custos com transportes muito elevados |
| <input type="checkbox"/> Falta de informação sobre as instituições/ organizações onde existem consultas de saúde oral para pessoas com necessidades de saúde especiais | <input type="checkbox"/> Clínica/hospital/centro de saúde não aceita seguro de saúde / subsistema de saúde/ convenções |
| <input type="checkbox"/> Clínica/hospital/centro de saúde sem equipamentos e instalações adequadas para tratar pessoas com necessidades de saúde especiais | <input type="checkbox"/> Clínica/hospital/centro de saúde não aceita cheques dentista |
| <input type="checkbox"/> Falta de tempo para ir à consulta | <input type="checkbox"/> Problemas de saúde da pessoa com necessidades de saúde especiais não permitem consulta de saúde oral |
| <input type="checkbox"/> Tempo de espera para a consulta muito longo | <input type="checkbox"/> Pessoa com necessidades de saúde especiais não colabora na consulta de saúde oral |
| <input type="checkbox"/> Tempo na sala de espera da clinica muito longo | <input type="checkbox"/> Preocupação com necessidade de anestesia geral para tratamentos dentários |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade em marcar consulta por telefone | <input type="checkbox"/> Outro Motivo (Por favor especifique) |
-
-

23. O facto de não se ter conseguido a consulta de saúde oral produziu consequências negativas na pessoa com necessidades de saúde especiais?

- Não Sim. Qual o grau de gravidade das consequências?
 Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Extremamente grave

24. Já alguma vez a pessoa com necessidades de saúde especiais teve uma consulta de saúde oral?

- Sim Não (POR FAVOR SALTE PARA A QUESTÃO 35)

25. Onde foi realizada a última consulta de saúde oral à pessoa com necessidades de saúde especiais?

- Clínica dentária privada Hospital público Hospital privado Centro de saúde
 Outro local (Por favor especifique) _____

26. Há quanto tempo foi realizada a última consulta de saúde oral à pessoa com necessidades de saúde especiais?

- Menos de 6 meses Entre 6 meses e 1 ano Entre 1 ano e 2 anos Mais de 2 anos
 Não sei / Não me lembro

27. Qual a razão da ida da pessoa com necessidades de saúde especiais à última consulta de saúde oral?

(Por favor escolha todas as opções que se apliquem)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consulta de rotina | <input type="checkbox"/> Dor / infeção |
| <input type="checkbox"/> Relacionado com aparelho nos dentes | <input type="checkbox"/> Aplicação de selantes de fissura |
| <input type="checkbox"/> Extracção de dentes | <input type="checkbox"/> Tratamento de cárie dentária |
| <input type="checkbox"/> Problemas de gengiva | <input type="checkbox"/> Destartarização (limpeza aos dentes) |
| <input type="checkbox"/> Por recomendação do médico ou outro profissional de saúde | <input type="checkbox"/> Outro motivo (Por favor especifique) |
- _____

28. Qual o grau de satisfação com a última consulta de saúde oral?

- Nada satisfeito Pouco satisfeito Nem satisfeito/ nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

29. O profissional de saúde oral agendou nova consulta? Sim Não

30. A última consulta de saúde oral foi paga de que forma?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Custo total da consulta suportado pelo próprio | <input type="checkbox"/> Subsistema de saúde / convenção |
| <input type="checkbox"/> Consulta realizada através do programa de cheques dentista | <input type="checkbox"/> Seguro de saúde |
| <input type="checkbox"/> Não sei / Não me lembro | <input type="checkbox"/> Isento de taxas moderadoras |
| <input type="checkbox"/> Não cobraram a consulta | <input type="checkbox"/> Outra forma (Por favor especifique) _____ |

31. Qual das seguintes situações se aplicou na última consulta de saúde oral? (Por favor escolha todas as opções que se apliquem)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nada de relevante a registar | <input type="checkbox"/> A pessoa com necessidades de saúde especiais teve medo da consulta |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade para entrar na clínica/hospital/centro de saúde (por exemplo ausência de rampas de acesso ou elevadores) | <input type="checkbox"/> Pessoa com necessidades de saúde especiais teve dificuldade em se sentar na cadeira |
| <input type="checkbox"/> Problema de estacionamento perto da clínica/hospital/centro de saúde | <input type="checkbox"/> Pessoa com necessidades de saúde especiais teve dificuldade em colaborar na consulta de saúde oral |
| <input type="checkbox"/> Clínica/hospital/centro de saúde sem equipamentos e instalações adequadas para tratar pessoas com necessidades de saúde especiais | <input type="checkbox"/> Profissionais da Clínica/hospital/centro de saúde pouco à vontade/pouco preparados para lidar com pessoas com necessidades de saúde especiais. |
| <input type="checkbox"/> Demasiado tempo na sala de espera | <input type="checkbox"/> Profissional de saúde oral com pouca experiência em tratar pessoas com necessidade de saúde especiais |
| | <input type="checkbox"/> Outra situação (Por favor especifique) _____ |

32. Durante a última consulta de saúde oral houve necessidade de usar algumas das seguintes estratégias para aumentar a colaboração da pessoa com necessidades de saúde especiais?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A pessoa com necessidades de saúde especiais teve uma atitude colaborativa durante a última consulta | <input type="checkbox"/> Consulta realizada com anestesia geral |
| <input type="checkbox"/> Consulta realizada com sedação consciente (gás inalatório) | <input type="checkbox"/> Foram utilizadas outras técnicas |
| <input type="checkbox"/> Consulta realizada com medicação oral sedativa (comprimidos) | <input type="checkbox"/> Não sei/ Não me lembro |
| <input type="checkbox"/> Consulta realizada com contenção física (segurar a pessoa com necessidades de saúde especiais) | |

33. Que meio de transporte foi usado para chegar à última consulta de saúde oral ?

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvel | <input type="checkbox"/> Táxi | <input type="checkbox"/> Não usa meios de transporte |
| <input type="checkbox"/> Transportes públicos | <input type="checkbox"/> Ambulância | <input type="checkbox"/> Outro meio (Por favor especifique) _____ |

34. Quanto tempo gastou para chegar até ao local onde foi feita a última consulta de saúde oral? (de seguida passe para a questão n.º36)

- Menos 15 minutos Entre 15 e 30 minutos Entre 31 a 60 minutos Mais de 60 minutos

35. Qual foi a razão (ou razões) para a pessoa com necessidades de saúde especiais nunca ter tido uma consulta de saúde oral? (Por favor escolha todas as opções que se apliquem)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não tem problemas de saúde oral | <input type="checkbox"/> Tempo na sala de espera da clínica/hospital/centro de saúde muito elevado |
| <input type="checkbox"/> É muito novo(a) para ir a consultas | <input type="checkbox"/> Período de tempo para obter consulta muito elevado |
| <input type="checkbox"/> Pessoa com necessidades de saúde especiais não colabora na consulta de saúde oral | <input type="checkbox"/> Dificuldade em marcar consulta por telefone |
| <input type="checkbox"/> Os problemas de saúde oral da pessoa com necessidades de saúde especiais não justificam a ida a uma consulta de saúde oral | <input type="checkbox"/> Horário da clínica/hospital/centro de saúde |
| <input type="checkbox"/> Clínica/hospital/centro de saúde é muito longe | <input type="checkbox"/> Recusa do profissional de saúde oral a fazer a consulta |
| <input type="checkbox"/> Inexistência de transportes públicos | <input type="checkbox"/> Preços das consultas de saúde oral muito elevados |
| <input type="checkbox"/> Horários limitados dos transportes públicos | <input type="checkbox"/> Custos com transportes muito elevados |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade para entrar na clínica/hospital/centro de saúde (por exemplo: ausência de rampas de acesso ou elevadores) | <input type="checkbox"/> Clínica/hospital/centro de saúde não aceita seguro de saúde / subsistema de saúde/ convenções |
| <input type="checkbox"/> Problemas de estacionamento perto da clínica/hospital/centro de saúde | <input type="checkbox"/> Aguardo contacto da clínica/hospital/centro de saúde para agendar a data da consulta |
| <input type="checkbox"/> Falta de informação sobre as instituições/ organizações onde existem consultas de saúde oral para pessoas com necessidades de saúde especiais | <input type="checkbox"/> Clínica/hospital/centro de saúde não aceita cheques dentista |
| <input type="checkbox"/> Clínica/hospital/centro de saúde sem equipamentos e instalações adequadas para tratar pessoas com necessidades de saúde especiais | <input type="checkbox"/> Problemas de saúde da pessoa com necessidades de saúde especiais não permitem consulta de saúde oral |
| <input type="checkbox"/> Outros problemas de saúde da pessoa com necessidades de saúde especiais são mais importantes | <input type="checkbox"/> Preocupação com necessidade de anestesia geral para tratamentos dentários |
| <input type="checkbox"/> Falta de tempo para ir à consulta | <input type="checkbox"/> Outro Motivo (Por favor especifique) |
-
-

36. Qual é o seu grau de concordância relativamente à seguinte frase. O Sistema Nacional de Saúde deveria ter um programa de saúde oral específico para pessoas com necessidades de saúde especiais.

Concordo totalmente Concordo Indiferente Não concordo Não concordo nada

37. Deseja acrescentar mais alguma coisa que considere relevante?

Não

Sim (por favor especifique)

Consentimento Informado

No âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, estou a realizar, sob orientação do Professor Doutor José São José e da Professora Doutora Carla Amado, uma dissertação de tese de mestrado com o tema – **Acesso a consultas de saúde oral por parte de pessoas com necessidades de saúde especiais (NSE)**.

Para a realização deste estudo, é necessário aplicar um questionário a cuidadores de crianças, jovens e adultos com NSE (paralisia cerebral, autismo, síndrome de down, incapacidade intelectual entre outras condições) e que frequentam Instituições na região do Algarve. As pessoas com NSE podem responder a este questionário desde que tenham autonomia para o fazer.

Os dados obtidos através do questionário serão tratados de forma confidencial, não permitirão a identificação pessoal e respeitam o regulamento Europeu de proteção de dados – EU 2016/679. Em qualquer momento, a pessoa que responde pode solicitar que os dados sejam eliminados. Os dados recolhidos serão utilizados apenas no âmbito desta dissertação.

Para participar neste estudo é necessário que autorize o tratamento dos dados recolhidos, assinando este consentimento informado.

Se for o cuidador a responder ao questionário:

Eu, _____ cuidador de _____ autorizo que os dados recolhidos neste questionário sejam utilizados no âmbito desta investigação.

Data: _____ Assinatura _____

Se for a pessoa com NSE a responder ao questionário:

Eu, _____ autorizo que os dados recolhidos neste questionário sejam utilizados no âmbito desta investigação.

Data: _____ Assinatura _____

Em caso de necessidade de algum esclarecimento contacte através de mail.

O aluno de mestrado: Pedro David Silva - Mail: a59823@ualg.pt

O orientador: Prof.^o Doutor José São José - Mail: jsjose@ualg.pt

O Co-orientador: Prof.^a Doutora Carla Amado - Mail: camado@ualg.pt