

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Odontologia



Trabalho de Conclusão de Curso

**A percepção do Cirurgião-Dentista no atendimento à população surda brasileira:
Uma Revisão de Escopo.**

Danile Tamara dos Santos Silva

Brasília, 27 de junho de 2024

Danile Tamara dos Santos Silva

**A percepção do cirurgião-dentista no atendimento à população surda brasileira:
Uma Revisão de Escopo.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Tiago Araújo Coelho de Souza

Brasília, 2024

Danile Tamara dos Santos Silva

**A percepção do cirurgião-dentista no atendimento à população surda brasileira:
Uma Revisão de Escopo**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia, Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Data da defesa: 27 de junho de 2024

Banca examinadora:

Prof. Dr. Tiago Araújo Coelho de Souza (Orientador)

Prof. Dr. Fábio Carneiro Martins (Membro Titular)

Profa. Dra. Emília Carvalho Leitão Biato (Membro Titular)

Prof. Dr. Ataydes Dias Magalhães (Membro Suplente)

AGRADECIMENTOS

À minha família, mãe, pai e irmã, que apoiaram os meus sonhos desde o começo, e nunca me desencorajaram em absolutamente nada.

À cada paciente que atendi na graduação, por me ensinar, a cada dia, um pouco mais sobre a profissão e sobre o tipo de pessoa que quero ser.

Aos meus colegas e amigos da graduação André, Beatriz, Mariana, Eugênio, Mayara, Marina, Gabriela, Erick, Otávio, Luan e Natália por trilharem essa caminhada comigo, alguns já no fim e outros desde o começo, por todos os momentos juntos, puxões de orelha, dicas, risadas, ensinamentos, revisões, conselhos e por serem lugar de alívio no meio de um momento tão conturbado. Cada um me ensinou alguma coisa especial, à sua maneira. Desejo que sejamos muito felizes nessa nova etapa da nossa vida.

Ao meu orientador, professor Tiago, pela paciência, pelo reforço positivo, pela oportunidade de me introduzir à pesquisa científica, pela disponibilidade e competência.

Aos professores Sérgio Bruzadelli e Aline Úrsula por serem pessoas tão especiais e por me acolherem em seus projetos de vida.

A mim mesma, por ter completado essa árdua missão mesmo com todas as dificuldades.

RESUMO

Introdução: Surdez é definida como perda auditiva profunda, resultando pouca ou nenhum tipo de audição, considerando os limites definidos como normais. O indivíduo pode nascer com essa condição ou adquirir ao longo da vida, diferindo da deficiência auditiva de acordo com o grau da dificuldade de audição. Estima-se que, hoje, pelo menos 1,5 bilhões de pessoas possuem algum tipo de deficiência auditiva, e esse número aumentará para 2,5 bilhões até 2050. **Objetivo:** realizar uma revisão de escopo acerca do acesso e da percepção pelo cirurgião-dentista quanto a atenção em saúde bucal à população surda no Brasil. **Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa em diferentes bases de dados utilizando palavras-chave. A estratégia utilizada foi a População, Conceito e Contexto (PCC), o que resultou na identificação de 143 artigos relevantes, os quais foram selecionados de acordo com critérios pré-estabelecidos. Após a remoção de artigos duplicados, dois estudos foram analisados, agrupados por temas e apresentados em uma tabela para facilitar a interpretação dos resultados. **Resultados:** A busca mostrou artigos apenas nos estados do Ceará e Pará. O primeiro artigo descreve uma cartilha que foi produzida utilizando dicionário ilustrado e glossário sobre a temática da língua brasileira de sinais. O material foi feito por uma dentista e as fotos foram tiradas com celular. O segundo artigo trata de um estudo realizado em Fortaleza-CE com 89 dentistas selecionados aleatoriamente e 204 pessoas com deficiência. O estudo examinou a acessibilidade geográfica, a comunicação entre dentistas e pacientes com deficiência, a demanda por serviços odontológicos e os fatores que influenciam sua utilização. **Conclusão:** há um vazio normativo e de publicação nessa temática, que produz resultados de grande relevância e que se revelam na necessidade de melhor acesso, comunicação eficiente, e que permitam uma mudança na percepção dos dentistas no atendimento em saúde bucal à população surda. A dificuldade é relatada tanto pelos dentistas como pelos pacientes com deficiência auditiva e surdos.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde; saúde bucal; surdez; odontologia; pessoas com deficiência auditiva.

ABSTRACT

Introduction: Deafness is defined as profound hearing loss, resulting in little or no auditory perception within defined normal limits. This condition can be congenital or acquired during life, differing from hearing impairment based on the degree of hearing difficulty. Currently, it is estimated that at least 1.5 billion people have some form of hearing impairment, a number expected to rise to 2.5 billion by 2050. **Objective:** To conduct a scoping review on access and perception by dentists regarding oral health care for the deaf population in Brazil. **Methodology:** A search was conducted across different databases using keywords. The Population, Concept, and Context (PCC) strategy resulted in the identification of 143 relevant articles, which were selected according to pre-established criteria. After removing duplicate articles, two studies were analyzed, grouped by themes and presented in a table to facilitate interpretation of the results. **Results:** The search revealed articles only in the states of Ceará and Pará. The first article describes a booklet produced using an illustrated dictionary and glossary on Brazilian Sign Language. The material was created by a dentist, and the photos were taken with a cell phone. The second article discusses a study conducted in Fortaleza-CE involving 89 randomly selected dentists and 204 individuals with disabilities. The study examined geographic accessibility, communication between dentists and patients with disabilities, demand for dental services, and factors influencing their utilization. **Conclusion:** There is a normative and publication gap in this field, producing results of significant relevance that highlight the need for improved access and efficient communication to change dentists' perceptions in providing oral health care to the deaf population. Difficulties are reported by both dentists and hearing-impaired patients.

Keywords: deafness; dentistry; health services accessibility; oral health; persons with hearing impairments;

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	9
2.METODOLOGIA	17
3.RESULTADOS	20
3.1 CATEGORIZAÇÃO DA SÍNTESE DO CONHECIMENTO.....	22
3.2 ESTUDOS CLÍNICOS-OBSERVACIONAIS.....	22
3.3 MANEJO COMPORTAMENTAL.....	22
3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	23
3.5 ANALISE DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	23
4.DISSCUSSÃO.....	28
5.CONCLUSÃO	32
6.REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

A definição de pessoa com deficiência (PCD) foi adotada pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e refere-se às pessoas que vivenciam aspectos negativos da interação entre seu contexto ambiental e pessoal devido a qualquer deficiência, limitação de atividade ou restrição que possam vir a apresentar [1].

De acordo com a OMS, quase 15% da população mundial possui algum tipo de deficiência física ou/e mental, variando entre os diferentes continentes e influenciada por fatores como gênero, idade, classe social, renda e acesso aos serviços de saúde. Estima-se que pelo menos 1,5 bilhão de pessoas possuam algum tipo de deficiência auditiva, e projeções apontam que esses números possam alcançar 2,5 bilhões de indivíduos até 2050, sendo que, destes, mais de 700 milhões de pessoas apresentará perda auditiva incapacitante, ou seja, uma em cada dez pessoas no mundo [2-5].

A surdez tem como definição a perda auditiva profunda, resultando em pouca ou nenhum tipo de audição, considerando os limites definidos como normais [5]. O indivíduo pode nascer com essa condição ou adquirir ao longo de sua vida, e se difere da deficiência auditiva de acordo com o grau de dificuldade de audição. Desse modo, a dificuldade de audição pode ser considerada leve, moderada ou severa; no entanto, a pessoa ainda consegue escutar parcialmente, se comunicar por meio da fala e utilizar aparelhos que auxiliem na escuta [6].

No Brasil, existem cerca de 10 milhões de habitantes com algum tipo de deficiência auditiva, o que corresponde a 5% de toda a população [7].

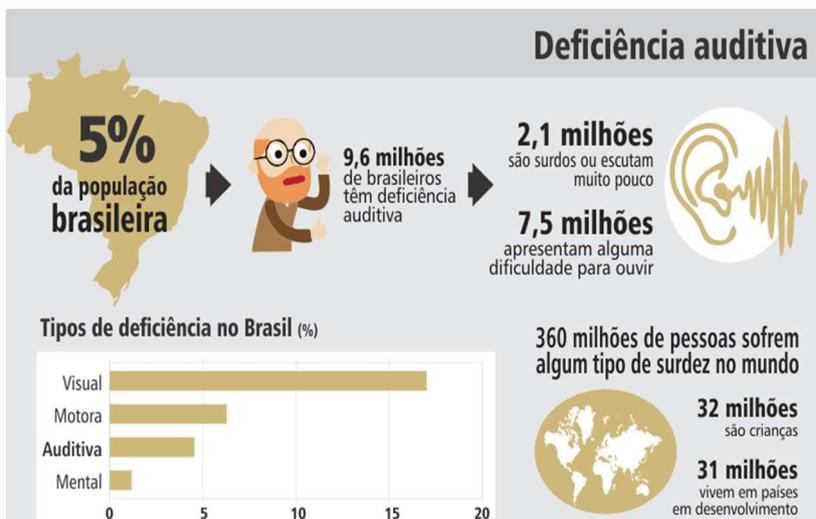


Figura 1. Dados sobre os diferentes tipos de deficiência no Brasil. (Fonte [7,8])

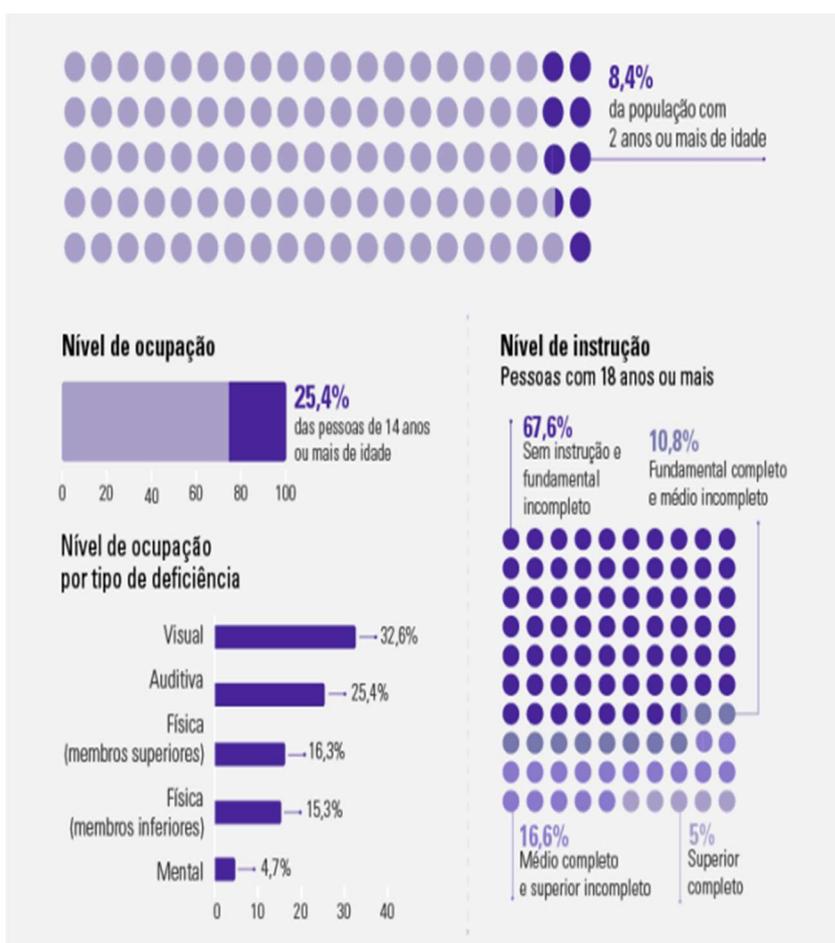


Figura 2. Panorama das pessoas com deficiência no Brasil. (Fonte: [7,9])

O Sistema Único de Saúde (SUS) presta assistência à população com deficiência auditiva por meio da atenção primária, atenção especializada em reabilitação auditiva, atenção hospitalar de urgência, emergência e oferece também a capacitação em

profissionais de saúde. Essa política é voltada somente à área médica, e refere-se aos elementos norteadores da Portaria MS/SAS nº116, de 9 de setembro de 1993, que inclui no sistema de informações laboratoriais a concessão de órteses e próteses [10].

Continua

Tabela 1 – Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde com enfoque na deficiência auditiva/surdez e elementos que apontam diferentes concepções de surdez [10].

<i>Documento</i>	<i>Assunto/Tema</i>	<i>Concepção orgânico- biológica</i>	<i>Concepção socioantropológica</i>
<i>Portaria MS/SAS n° 116, de 9 de setembro de 1993</i>	Inclui no sistema de informações ambulatoriais SAI/SUS a concessão de órteses e próteses, entre os quais a prótese auditiva externa com amplificador de bolso e prótese auditiva com amplificador retroauricular	Reabilitação do aparelho auditivo	Nada consta
<i>Portaria MS/SAS n° 126, de 17 de setembro de 1993</i>	Cria os grupos e procedimentos na tabela de procedimentos do sistema de informações hospitalares (SIH/SUS), entre eles a cirurgia de implante coclear.	Reabilitação do aparelho auditivo	Na da consta
<i>Portaria MS/GM n°1278, de 20 de outubro de 1999</i>	Estabelece critérios de indicação e contra-indicação da cirurgia de implante coclear.	Reabilitação do aparelho auditivo	Na da consta

CONTINUAÇÃO

Tabela 1 – Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde com enfoque na deficiência auditiva/surdez e elementos que apontam diferentes concepções de surdez [10].

<i>Portaria MS/SAS n°584, de 21 de outubro de 1999</i>	Desvincula os valores da prótese para implante coclear do procedimento, cirúrgico, bem como inclui nas tabelas OPM e SIH/SUS a prótese para implante multicanal e a prótese para implante coclear monocanal para serem cobradas junto do procedimento cirúrgico.	Reabilitação do aparelho auditivo	Nada consta
<i>Portaria MS/SAS n° 432, de 14 de novembro de 2000</i>	Regulamenta no âmbito laboratorial o diagnóstico, a adaptação e o acompanhamento de indivíduos deficientes auditivos. Altera procedimentos nas tabelas SUS.	Reabilitação do aparelho auditivo; treino de atividades auditivas;	Nada consta
<i>Portaria MS/GM n°2073, de 28 de setembro de 2004</i>	Instituiu a Política Nacional de Saúde Auditiva.	Promoção da saúde auditiva; prevenção de afecções do aparelho auditivo; reabilitação do aparelho auditivo; treinos de habilidades auditivas;	Nada consta
<i>Portaria MS/SAS n°587, de 7 de outubro de 2004</i>	Determinou a organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva.	Promoção da saúde auditiva; prevenção de afecções do aparelho auditivo; reabilitação do aparelho auditivo; treinos de habilidades auditivas;	Nada consta

CONCLUSÃO

Tabela 1 – Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde com enfoque na deficiência auditiva/surdez e elementos que apontam diferentes concepções de surdez [10].

<i>Portaria MS/GM n° 793, de 24 de abril de 2012</i>	Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS.	Promoção da saúde auditiva; prevenção de afecções do aparelho auditivo; diagnóstico precoce; reabilitação do aparelho auditivo; treinos de habilidades auditivas;	Nada consta
<i>Portaria MS/SAS n° 1328, de 3 de dezembro de 2012</i>	Aprova as Diretrizes de Atenção a Triagem Auditiva Neonatal (TAN), que tem por finalidade a identificação precoce da deficiência auditiva em neonatos e lactentes.	Diagnóstico precoce com vistas à reabilitação do aparelho auditivo	Nada consta
<i>Portaria MS/SCTIE n°18, de 10 de junho de 2014</i>	Incorpora procedimentos relativos à assistência hospitalar à saúde auditiva (implante coclear e prótese auditiva ancorada ao osso) no SUS, por recomendação da CONITEC.	Reabilitação do aparelho auditivo	Nada consta
<i>Portaria MS/GM n°2776, de 18 de dezembro de 2014</i>	Aprova diretrizes gerais, atualiza os critérios para indicação e contraíndicação de cirurgia de implante coclear, e estabelece os critérios de indicação e contraíndicação de cirurgia de prótese auditiva ancorada no osso.	Reabilitação do aparelho auditivo	Nada consta

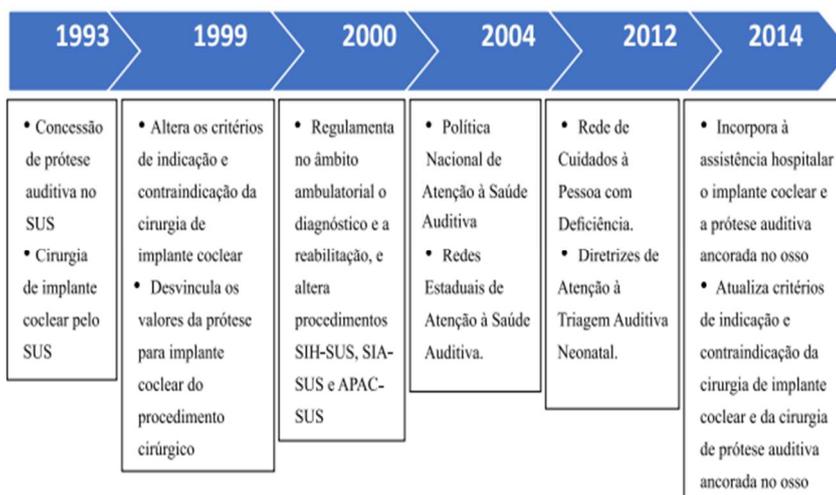


Figura 3. Linha do tempo dos temas abordados pelas políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS) com enfoque na deficiência auditiva/surdez [10].

Em 2004, foi implementada a Política Nacional de Atenção em Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente, a qual buscou contemplar os cidadãos brasileiros de todas as idades, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde visando superar desigualdades, a prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal. Dentre as principais ações da referida política destacam-se: a) a reorganização da atenção básica; b) a atenção especializada ambulatorial com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Próteses dentárias; c) a fluoretação das águas de abastecimento público; e d) a vigilância em Saúde Bucal [11].

Considerada como a maior política pública de saúde bucal no mundo e inspirada pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS, o Brasil Sorridente lançou luz às necessidades específicas de segmentos sociais até então esquecidos pelas políticas voltadas à temática odontológica, em especial, os povos originários, quilombolas e as pessoas com deficiência [11].

Em particular aos desafios vivenciados pelas pessoas surdas quanto ao atendimento odontológico, observa-se que falhas de comunicação, na formação

dos profissionais, ausência de tecnologia assistiva, lacunas epidemiológicas e ético-legais, bem como, de infraestrutura podem ser barreiras significativas para o acesso aos serviços públicos de saúde impedindo assim que a pessoa surda possa receber uma atenção integral e equânime. Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de escopo acerca do acesso e da percepção pelo cirurgião-dentista quanto a atenção em saúde bucal à população surda no Brasil.

2. METODOLOGIA

A metodologia do Trabalho de Conclusão de Curso em questão é caracterizada como uma revisão de escopo conduzida com o objetivo de permitir uma análise do conhecimento acerca da temática acesso e percepção quanto a atenção em saúde bucal à população surda no Brasil, identificando assim conceitos-chave e possíveis lacunas na literatura. Foram realizadas pesquisas bibliográficas de artigos completos, utilizando descritores nas bases de dados PubMed, Lilacs, Sciencedirect e Embase.

Os descritores utilizados na elaboração da estratégia de pesquisa envolveram busca em inglês, português e espanhol, com os seguintes termos: “health services accessibility” AND (“deafness” OR “persons with hearing impairments”) AND (“dentistry” OR “oral health”). Os descritores foram escolhidos após aplicação da estratégia População, Conceito e Contexto (PCC), aonde ‘P’ estava relacionado às pessoas surdas ou com deficiência auditiva, o ‘C’ ao conceito de acesso odontológico e percepção do cirurgião-dentista e ‘C’ ao contexto Brasil. A pergunta norteadora da presente investigação foi: “O que se tem produzido sobre o acesso e a percepção do dentista no atendimento odontológico às pessoas surdas no Brasil?”.

Como critério de inclusão foi realizada a busca de informações apenas sobre o acesso e a percepção de dentistas voltados ao cuidado em saúde bucal à pacientes surdos no Brasil. Os tipos de estudos incluídos envolveram revisões sistemáticas, revisões narrativas, de escopo, integrativas, estudos descritivos de base populacional ou individual, estudos analíticos observacionais ou experimentais, estudos opinião e estudos mistos.

Foram selecionados artigos completos, gratuitos ou com disponibilidade de acesso pela universidade vinculada aos pesquisadores. No que tange a temporalidade, foram selecionados estudos entre os anos 2000 e 2024. Foram incluídos artigos nacionais e internacionais em inglês, português e espanhol, mas voltados ao contexto brasileiro. Como critério de exclusão não foram selecionados artigos sem correspondência com a

temática em questão, textos incompletos ou indisponíveis, fora do marco temporal estabelecido, de contexto fora do Brasil e aqueles cuja deficiência não era a surdez ou deficiência auditiva.

Os dados foram extraídos de forma independente por dois avaliadores e organizados em uma planilha Excel. Após retiradas as duplicatas, foi construído um banco de dados dos resultados, os quais incluíram as seguintes variáveis: a) autor(es); b) ano de publicação; c) local; d) população do estudo; e) tipo de estudo; f) objetivo; g) principais resultados; e h) conclusões.

A identificação dos estudos foi realizada em duas etapas, a primeira, por meio da busca nas bases de dados dos descritores selecionados obteve 3.051 artigos iniciais os quais foram submetidos à leitura de seus títulos e resumos. Já a segunda etapa, ocorreu por meio da aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão aos quais foram selecionados 143 artigos entre os quais foram também retiradas as duplicatas, chegando ao número final de 2 artigos para leitura em sua totalidade. Reuniões de consenso foram realizadas para solução de possíveis discrepâncias encontradas.

Por fim, os 2 artigos selecionados foram classificados em categorias, sendo elas: estudo clínico observacionais, manejo do comportamento, políticas públicas e colocados em uma tabela de dados para posterior interpretação dos resultados. As variáveis de interesse incluídos na tabela foram: título, autor, número de referência (PMID ou DOI), ano de publicação, objetivo e categoria. Vale ressaltar que alguns artigos possuem multidisciplinaridade e puderam ser encaixados em mais de uma categoria. Ademais, além da busca nas bases de dados, alguns artigos de interesse foram encontrados em algumas referências de artigos incluídos.

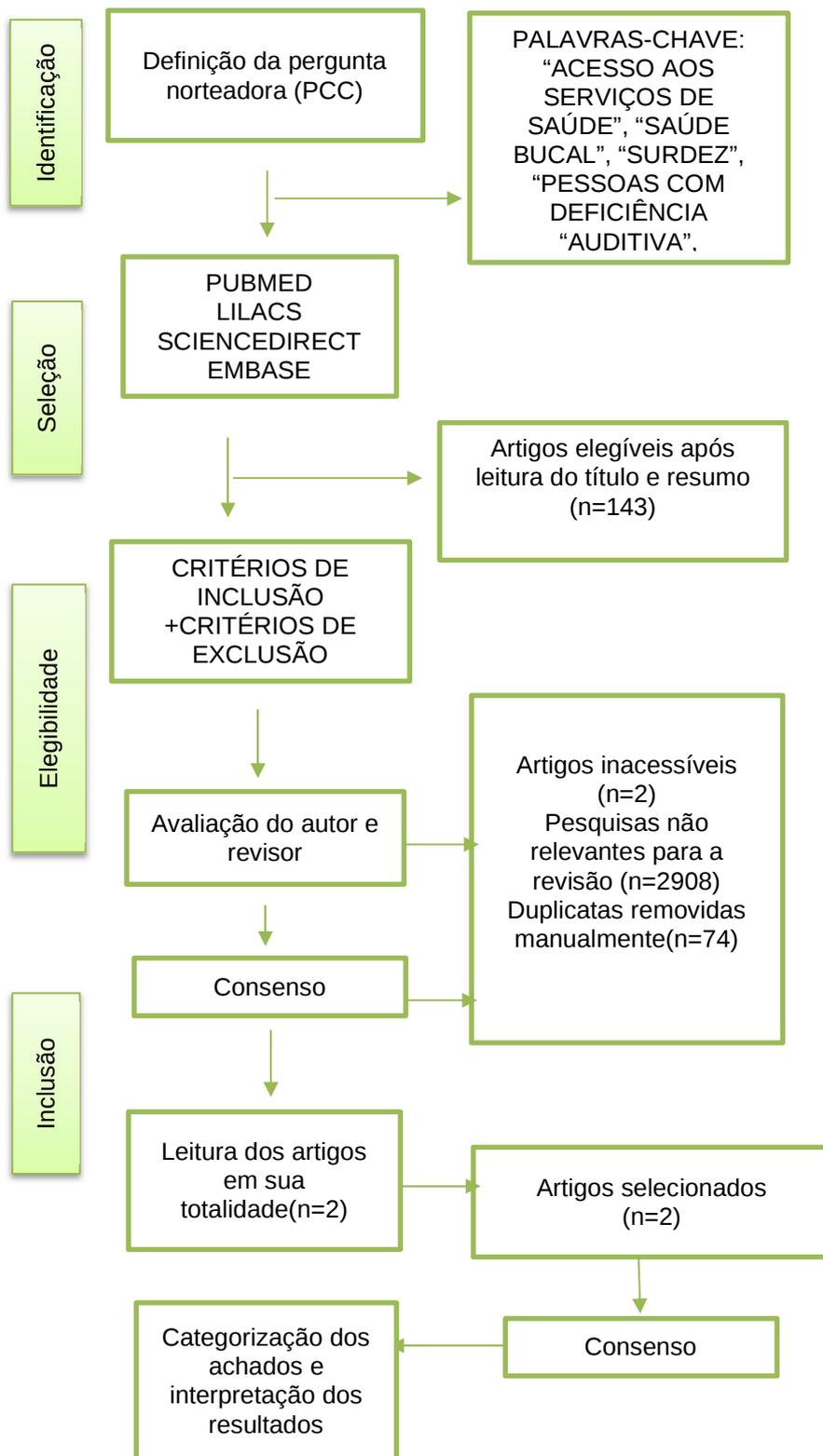


Figura 5. Fluxograma da metodologia de busca. Fonte: Elaborado pela autora.

3. RESULTADOS

Foi elaborada uma tabela síntese com a caracterização dos achados (Tabela 2. Caracterização dos Achados). A análise dos resultados ocorreu de forma crítica, procurando na literatura explicações acerca do acesso e da percepção do cirurgião-dentista quanto a atenção em saúde bucal à população surda no Brasil. Observou-se uma significativa lacuna acerca da temática a qual prejudicou uma interpretação robusta e consistente da síntese do conhecimento, da discussão dos resultados, de propostas e recomendações. No entanto, a caracterização dos estudos encontrados é apresentada abaixo, reforçando a necessidade de ampliação de pesquisas na referida temática no Brasil.

Tabela 2. Caracterização dos Achados.Fonte: Elaborado pela autora.

<i>Título</i>	<i>Autor</i>	<i>Ano de publicação</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Nº de referência</i>	<i>Local</i>	<i>Manejo comportamental</i>	<i>Estudo Clínico-Observacional</i>	<i>Políticas Públicas</i>
<i>1. Access to dental public services by disabled persons</i>	Leal Rocha L, et al.	2015	Avaliar a acessibilidade dos serviços odontológicos em Fortaleza, Ceará, Brasil, para pessoas com deficiências motoras, visuais e auditivas, considerando a presença ou ausência de barreiras geográficas, arquitetônicas, organizacionais, culturais, econômicas e de comunicação.	PMID: 25887657	Fortaleza, Ceará, Brasil		X	X
<i>2. Illustrated booklet of Brazilian sign language for dentistry</i>	Santos RSD, et al	2022	Produzir um livreto ilustrado de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) para facilitar a comunicação entre dentistas (e acadêmicos) e pacientes surdos durante o tratamento odontológico e outras atividades de promoção da saúde.	PMID: 35397186	Belém, Pará, Brasil	X		X

3.1 Categorização da síntese do conhecimento

Após a leitura completa dos artigos selecionados, foram elaboradas três categorias que envolviam a síntese do conhecimento da temática pesquisada, a saber: a) estudos clínico-observacionais; b) manejo comportamental; e c) políticas públicas.

3.2 ESTUDOS CLÍNICOS-OBSERVACIONAIS

Esta categoria corresponde aos estudos qualitativos transversais nos quais uma amostra específica é avaliada durante um determinado período sem acompanhamento longitudinal. Dessa forma, dados são obtidos por meio de entrevistas e questionários de pesquisa com grupos de indivíduos que posteriormente serão interpretados. Os resultados encontrados são analisados com base nos contextos sociais, econômicos e culturais relacionados ao tema e determinar se há efeito significativo em comparação a um grupo controle e, no caso de estudos observacionais, para identificar associações. Além disso, objetiva de investigar a eficácia, segurança e impacto de intervenções médicas, terapêuticas, farmacológicas ou comportamentais em humanos. Uma variedade de desenhos de estudo pode ser conduzida, incluindo ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais, estudos de coorte e estudos de caso-controle. Os participantes serão recrutados de pacientes selecionados aleatoriamente ou voluntários saudáveis que atendam aos critérios de inclusão. Para isso, é necessário que o comitê de ética em pesquisa esteja envolvido para que os participantes sejam protegidos de acordo com a lei e que sua integridade seja preservada.

3.3 MANEJO COMPORTAMENTAL

Esta categoria corresponde aos estudos que tendem a descrever, explicar e sugerir mudanças de comportamento em diferentes circunstâncias. Portanto, a coleta e quantificação desses comportamentos é feita por meio de métodos como observação direta, questionários, entrevistas e testes. Os fatores que podem influenciá-lo são identificados com base nas características individuais e na formação social, ambiental,

cultural e outros fatores. A abordagem pode ser quantitativa, qualitativa ou uma combinação destas. Este tipo de pesquisa pode ser usado na realidade para informar intervenções, tratamentos, estratégias educacionais e outros.

3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS

Esta categoria conecta o indivíduo e a comunidade. A análise inclui o que as políticas atuais já implementadas, o que ainda pode ser feito, ou uma comparação destes dois cenários. Além disso, são analisados as causas e consequências que englobam estes grupos específicos de pessoas. Serão considerados recursos, desafios, aspectos socioeconômicos, vantagens e desvantagens, bem como a implementação. Além disso, o problema é identificado, o papel do público e dos órgãos governamentais é questionado e são propostas soluções alternativas para resolver o problema.

3.5 ANÁLISE DOS ARTIGOS SELECIONADOS

O primeiro artigo encontrado, trata-se de uma cartilha escrita por uma equipe de dentistas, sendo um deles com certificação em LIBRAS e mestre em Saúde, Meio Ambiente e Sociedade Amazônica, tradução LIBRAS e intérprete. Esta foi desenvolvida por meio da busca de artigos científicos em bases de dados, por meio de uma revisão de literatura e elaborada com base no dicionário ilustrado de sinais brasileiros, glossário do site odontologia em LIBRAS, e cartilha aprendendo Língua de Sinais. Os sinais demonstrados na cartilha foram realizados por uma cirurgiã-dentista, e as imagens foram realizadas por meio de smartphone. O público-alvo deste estudo foram os dentistas e os acadêmicos em odontologia. A cartilha conta com 61 páginas e mais de 300 sinais, está disponível em PDF e foram distribuídas de maneira gratuita no hospital das clínicas médicas da faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPA) a fim de facilitar o tratamento odontológico dos pacientes surdos e atividades de promoção de saúde.

Os profissionais de saúde relatam se sentirem incapazes de estabelecer uma comunicação satisfatória Santos RSD, et al. Durante a elaboração da cartilha, houve o

cuidado de selecionar as expressões tanto da área médica quanto da odontologia, e, para melhor visualização, uma dentista gravou os sinais utilizando roupa escura e sendo supervisionada por um intérprete de LIBRAS. Foi utilizada luz de fundo, aparelho a um metro de distância e posteriormente as fotos foram editadas e classificadas em categorias, como: alfabeto manual, cumprimentos e despedidas, dias da semana, meses do ano, verbos, expressões contrárias, saúde, odontologia e especialidades odontológicas. Os sinais foram classificados em ordem alfabética para auxiliar durante a consulta.

Ressalta-se a escassez sobre a documentação de artigos com a temática LIBRAS na Odontologia, e que a causa pode ser pela concepção de sinais ser tarefa minuciosa e que leva tempo. Recomenda-se fortemente também, que os cirurgiões-dentistas e outros profissionais que atuem em Estratégia de Saúde da Família e Atenção Primária necessitam de qualificação em Língua Brasileira de Sinais e que cursos sejam disponibilizados em todos os cursos de saúde em quaisquer níveis.

Outro ponto levantado, é que como a LIBRAS não é obrigatória nas universidades os estudantes de saúde não costumam ter experiência alguma com a língua. Ademais, a carga horária dessa disciplina em universidades públicas parece ser insuficiente, e isso reforça a busca de alternativas que não seriam o “padrão-ouro” na hora de lidar efetivamente com esses pacientes.

O segundo artigo encontrado foi um estudo transversal quantitativo realizado na cidade de Fortaleza, no estado do Ceará. Um questionário foi aplicado para 89 dentistas (por seleção aleatória) e a amostra probabilística foi 204 pessoas com deficiência (motora, visual, auditiva com um erro amostral de 7% e intervalo de confiança de 95%), estimando-se que 15% da população cearense tinha algum tipo de deficiência, por meio de porcentagem e acesso a documentos locais. O questionário foi testado pelo autor inicialmente e avaliou os dentistas nas questões: acessibilidade geográfica, estrutura arquitetônica dos consultórios e da USF (Estratégia de Saúde da Família), comunicação cirurgião-dentista e paciente com deficiência. Além disso, buscava identificar a demanda por serviços odontológicos e fatores que dificultaram ou facilitaram a utilização desses serviços por pessoas com deficiência.

Já com os surdos, as entrevistas foram realizadas pelos dentistas e pelos agentes comunitários de saúde em suas próprias residências, no Núcleo de Atenção Médica Integrada da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e no Instituto Cearense de Educação de Surdos. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade de Fortaleza e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Na análise do estudo foi utilizado SPSS versão 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Após a coleta de 293 respostas, foi constatado que o segundo maior percentual de deficientes foram os de deficiência auditiva, logo atrás dos que apresentavam deficiência motora. A idade do grupo com deficiência variou de 3 a 97 anos e a dos dentistas de 25 a 55 anos, mais da metade da amostra eram homens, que não concluíram o ensino médio, abandonaram a escola ou que nunca frequentaram a escola. Além disso, a maior parte dessas pessoas eram aposentadas ou pensionistas, solteiras e quase a totalidade residiam com os pais ou parentes. Por fim, outro dado encontrado foi que essas famílias viviam com no máximo 2 salários-mínimos, correspondentes ao ano de 2015.

Outros dados importantes que foram encontrados foram que, destes 204 entrevistados, quase metade da amostra dos deficientes relataram que não consideram o atendimento prioritário, mais da metade não procuram serviços odontológicos regularmente, apenas em emergências, e uma pequena parcela utilizava o serviço de saúde privado. Dos que procuram atendimento na atenção básica (n = 97), 74 (76,3%) têm dificuldade de atendimento odontológico. Quarenta e cinco por cento (n = 92) dos usuários com deficiência não sabem como os serviços odontológicos estão organizados na USF porque não os utilizam.

Com relação aos dentistas, a grande maioria eram mulheres e tinham curso de especialização. Quase metade deste grupo dedicavam seu tempo exclusivamente a ESF e quase 70% tinham renda familiar superior a 10 salários-mínimos. Obteve-se também que a média de trabalho na Estratégia de Saúde da Família era de quase 8 anos e que 83% não teve formação especial para trabalhar com pacientes deficientes. Ademais, cerca de 80% dos dentistas também relataram que não é rotineiro o agendamento destes pacientes. Quarenta e nove participantes relataram longa espera pela consulta, pessoal insuficiente para atender a demanda (dentistas e auxiliares técnicos) e incapacidade de trabalhar com pessoas com necessidades especiais, dado a dificuldade de manejo.

quase 81% dos dentistas relatam dificuldades na comunicação com estes pacientes, cerca de 54% não se sentiam qualificados para atender pacientes especiais, principalmente com os surdos. Quase 100% dos dentistas contam que não há intérprete de libras nas Unidades de Saúde da Família.

Sobre a percepção dos cirurgiões dentistas e das pessoas com deficiência do ponto de vista arquitetônico, foram avaliados a estrutura física adaptada, rampas, corrimãos, passos, vagas de estacionamento, sinais de corredor, sinais em braile, salas de espera adaptadas, consultórios odontológicos adaptados, banheiros adaptados, cadeira de rodas. Em relação a acessibilidade geográfica, demora para chegar na Unidade de Saúde da Família (FHC), demora para chegar no FHC, casa muito longe do FHC, necessidade de acompanhante, dificuldade de transporte, despesas altas com o transporte, presença de encostas, presença de escadas e ambientes inseguros.

Com relação à estrutura física adaptada, a grande parcela dos pacientes relatou que as estruturas físicas são sim adaptadas, já os dentistas disseram que não. No tocante às rampas, ambos os entrevistados em sua grande parte disseram que existem. Já os corrimãos, ambos os entrevistados majoritariamente disseram que não. Com relação aos passos e vagas de estacionamento, a prevalência foi de que não houve acessibilidade em ambas as partes. Acerca das portas e corredores largos, os pacientes relataram que há, mas os dentistas disseram que não, em sua maior parte. No que se refere aos sinais de corredor e orientação em braile na unidade, tanto nos dentistas quanto nos pacientes entrevistados a resposta mais comum foi não. A respeito das salas de espera adaptadas e consultórios odontológicos adaptados, os pacientes expuseram que sim, e os dentistas que não. No que se refere à cadeira de rodas e banheiros adaptados, tanto pacientes quanto dentistas, confirmaram nas respostas que não há acessibilidade.

Outro parâmetro que foi avaliado foram organização e comunicação acerca da acessibilidade nos serviços odontológicos, é referido por meio do sistema de referências, se retorna a unidade por meio do sistema de contrarreferência. Mais de 50% dos dentistas mencionaram que o atendimento é sim prioritário, porém, a diferença entre as respostas dos pacientes com deficiência foi pequena (cerca de 5%). Quando foi perguntado o tipo de atendimento, a maior parcela das pessoas com deficiência não soube responder, já os dentistas relataram que o que predominou foi o atendimento

clínico. A respeito da procura do atendimento no FHC, a resposta dos dentistas foi que há procura, e das pessoas com deficiência é que não há, majoritariamente.

No tocante à jornada de trabalho da unidade de saúde da família (durante o dia até as 22h), apenas os dentistas souberam responder, mais que 50% responderam com um sim. Foi perguntado somente aos dentistas se eles participavam do acolhimento ao paciente, e a grande parte declarou que sim. As pessoas com deficiência não souberam relatar se havia agendamento diário para o dentista, e os dentistas comunicaram que não em sua maioria. Acerca da existência de lista de espera, a grande parcela dos pacientes não soube relatar, e os profissionais narram que não há em sua maioria. Já para o longo tempo de espera para o atendimento os pacientes não souberam relatar, sendo que uma grande parcela relatou que sim e os dentistas também.

Quando perguntados se os pacientes eram referidos por meio do próprio sistema da unidade, a maioria dos dentistas e pacientes contaram que sim. No que concerne o retorno à unidade por meio de contrarreferência, ou seja, encaminhamento do paciente após o atendimento em uma unidade de maior complexidade, a diferença entre os pacientes que disseram que sim e não sei foi mínima, e a cerca de 75% dos dentistas respondeu que sim. Sobre o pessoal suficiente para atender a demanda, os pacientes não souberam relatar em sua maioria, e a maioria dos dentistas alegou que não. Em relação ao dentista estar qualificado para trabalhar com pessoas com deficiências, os pacientes não souberam relatar, já os dentistas disseram que não, majoritariamente. Outra pergunta que foi feita, foi se o dentista pode se comunicar facilmente com os surdos, apenas para as pessoas com deficiência auditiva e os dentistas, o que predominou foi o sim. Sobre a existência de um intérprete de libras no FHC, os dentistas e pacientes de maneira geral concluíram que não.

4. DISCUSSÃO

Grande parte dos artigos encontrados relatam que as condições de saúde bucal de pessoas surdas ou deficientes são mínimas, uma vez que ao apresentar uma deficiência uma série de fatores influenciam a vida do indivíduo e seu acesso aos serviços de saúde. Foi observado que esses fatores têm relação com a menor escolaridade, menores oportunidades de trabalho, taxa de pobreza elevada e com a falta de comunicação eficiente, contribuindo para o isolamento social, solidão e estigma desses sujeitos. Por isso, é esperado que doenças como cárie e doença periodontal acometam mais esses pacientes do que o público em geral. A melhor estratégia de abordar qualquer paciente, seja surdo ou não, ainda é por meio da informação visto que esta muitas vezes evita que procedimentos odontológicos se tornem mais complexos. Em contrapartida, são encontradas algumas barreiras no manejo dos pacientes surdos como: escassez dos serviços de saúde, inexperiência ou falta de conhecimento de língua de sinais medo de lidar com pacientes [14,15].

A língua mais utilizada pelos surdos é a língua de sinais, que não é universal, logo, cada país possui a sua, totalizando mais de 300 variações. A Língua de Sinais (LS) é uma combinação de gestos, expressões faciais e movimentos corporais com significados específicos que correspondem a estímulos sensoriais visuais. Com isso, é nitido que há necessidade de inclusão de cursos de LS nos currículos dos cursos de odontologia, uma vez que esse público corresponde a pelo menos 10% da população de todo país. Porém, até mesmo os cursos que já possuem esse componente não o realizam de forma adequada [15].

Muitos estudos buscaram investigar de que forma o cirurgião-dentista realizava o atendimento com estes pacientes. Se há protocolos ou se há cursos no componente curricular dos cursos de Odontologia ou relacionados a área, além disso, a educação continuada pós-graduação e a qualidade do aprendizado desses profissionais. Os métodos mais comuns de manejos aplicados são a utilização de intérprete, utilização de gestos e mímica, além da leitura labial e escrita. Alguns artigos também relatam a falta

de humanização do profissional com o paciente surdo, que gera insegurança e desconfiança por parte do paciente. Vários autores se mostram favoráveis ao desenvolvimento e implementação de cursos virtuais de Língua de sinais, uma vez que se conhece um pouco da realidade desses pacientes e cria-se empatia[16].

Outros estudos sugerem que seria um diferencial o uso de outros artifícios para o entendimento do paciente, como por exemplo: combinar antes de tratamento sinais mais conhecidos socialmente como “pare” e “tudo bem”, remoção da máscara durante o atendimento ou optar por usar máscaras transparentes para que o paciente consiga fazer leitura labial, consultas sem música e desligamento do aparelho em procedimentos que utilizem motor para não gerar interferência no aparelho auditivo. Ademais, indica-se o uso de loops de indução, vídeos educativos, jogos, aplicativos do tipo Typetalk e sistemas infravermelho. Alguns procedimentos podem ser comprometidos, como uma tomada radiográfica, devido ao uso de implante coclear e sedação com óxido nítrico já que o monitoramento se dá por comunicação verbal e por vezes se torna quase impossível[14].

Em uma comparação de eficiência, dois estudos demonstraram que vídeos educativos são mais eficientes que folhetos escritos. No primeiro estudo, houve uma comparação na entrega de vídeos e folhetos com instruções de saúde bucal para dois grupos árabes distintos. Com relação ao segundo estudo, profissionais de saúde fizeram um vídeo explicando os efeitos de uma higiene bucal insatisfatória e foram encontradas diferenças significativas em relação a placa e gengiva. Uma outra abordagem também foi utilizada, com a introdução de jogos num momento de intervenção. As crianças surdas jogaram um jogo chamado Loti-denti que tinha como objetivo educar sobre saúde bucal e tiveram melhoras significativas no índice IHO-S, que passou de 12 para 64%. Um protótipo de aplicativo para celular chamado Dentiseñas-Colombia converteu frases e possíveis respostas para língua de sinais em forma de vídeo, o que facilitou a comunicação profissional-paciente e gerou um ambiente mais inclusivo e acolhedor[15].

A saúde bucal é definida, como condição da boca, dentes e estruturas orofaciais que permitem que as pessoas realizem funções básicas, como comer, respirar e fala e afeta dimensões psicossociais, como autoconfiança, bem-estar e a capacidade de socializar e trabalhar sem dor, desconforto ou constrangimento. saúde bucal varia ao longo da vida,

desde cedo idade até a velhice, é parte integrante da saúde geral e ajuda as pessoas a participarem da sociedade e alcançar o seu potencial. [17]. Ahmed TA et al sugere que pessoas com surdez ou deficiência auditiva possuem maior prevalência de anomalias de tecidos duros, bruxismo, e que doença periodontal e más oclusões podem estar associadas a síndromes que acompanham a surdez.

Houve eventos importantes em que foi discutido os direitos das pessoas com deficiência: Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, Ano Internacional das Pessoas com Deficiência da OMS (1981) e Década das Pessoas com Deficiência da ONU (1983–1992). No século seguinte, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência declarou a missão “promover, proteger e garantir o gozo pleno e igual de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, e promover o respeito pela sua dignidade inerente” e conseguiu a adesão de diversos países.

Apenas 45 países possuem legislação contra discriminação de pessoas com deficiência. É salientado ainda, que a conduta de realizar uma avaliação completa, estabelecer plano de cuidados claro, buscar alternativas para implementar o plano de cuidados é de responsabilidade do profissional de saúde, juntamente com sua equipe auxiliar e multidisciplinar. É abordado como existem dificuldades na articulação de políticas, serviços e sistemas de apoio, e que essa temática se torna extremamente relevante, uma vez que a população mundial está envelhecendo. O relatório mundial sobre deficiência de 2011 prevê um conjunto de ações que foram recomendadas aos governos e parceiros no tocante a: serviços de saúde, reabilitação e prevenção, manutenção e compensação de rendimentos, direitos legais, educação normal e especial, formação profissional, trabalho em ambientes assistidos ou não, habilitação, ambientes físicos, comunicação, transporte, lazer e autoajuda [18].

Nesse sentido, é necessário questionar o motivo desse público-alvo não estar sendo atingido, ou até mesmo percebido, no Brasil como um todo, dado que o Sistema Único de Saúde possui como princípio a equidade, que confere a garantia de um direito à saúde plena e que suas diferenças, necessidades e particularidades sejam atendidas. Por outro lado, apesar de existirem artigos localizados no Brasil com a temática do surdo e

Odontologia, são raros os artigos no que se respeita a acessibilidade, bem como se dá o acesso deste público a espaços de saúde bucal, sejam eles privados ou públicos.

Alguns capítulos de livro indicam sessões longas e outros curtas. Porém, o enfoque parece ser quanto ao manejo do paciente, que por vezes se assemelha ao que se emprega em pacientes pediátricos. Técnicas como dizer-mostrar fazer, comunicação assertiva, tentar se conectar ao paciente a fim de gerar confiança, imagem positiva prévia. Também é relatado a importância da consulta inicial, em que se deve registrar tudo no prontuário do paciente, fazer uma boa anamnese e obter o consentimento desse paciente [18].

Outro ponto levantado é que devemos lançar mão de novas tecnologias. Os profissionais de saúde devem adaptar-se à medida que essas novas ferramentas vão sendo introduzidas, cada uma com seu benefício, além de que, trata-se de uma profissão em que atualizações devem ser constantes. Vale ressaltar que, todo cirurgião-dentista deve ter um cuidado humanizado, esse atributo não pode ser considerado como um diferencial, e sim uma qualidade a ser alcançada por todos os profissionais.

5. CONCLUSÃO

Durante a escolha das palavras-chave e processo de busca para o tema, foi percebido que outros termos, sinônimos, foram utilizados para explorar esse tema em outros países, tanto na área de Odontologia como na área médica. É necessário investigar e debater o porquê destes termos não estarem sendo capturados no Brasil, e porque, os estudos sobre essa temática são tão escassos, dado sua relevância, num país de grandes dimensões como o Brasil. Ademais, esse tema deve ser melhor argumentado pelas universidades brasileiras e também pelos órgãos diretamente relacionados a Odontologia, levantando hipóteses mediante a eficiência do processo de capacitação dos profissionais de saúde durante a graduação e o motivo da não procura de atualizações dos cursos de LIBRAS posterior à graduação, e a divulgação de métodos de inclusão já existentes. Por fim, a educação continuada deve ser ofertada para equipes de saúde tanto no âmbito público, como no privado. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, apoiada por várias leis nacionais, garante os direitos das pessoas com deficiência em muitas áreas diferentes, incluindo os cuidados odontológicos.

Após a documentação de diferentes evidências de acordo com as iniquidades enfrentadas pelos surdos e seus fatores contribuintes, concluiu-se que há um vazio normativo e de publicação nessa temática, que produz resultados de grande relevância e que se revelam na necessidade de melhor acesso, comunicação eficiente, e que permitam uma mudança na percepção dos dentistas no atendimento em saúde bucal à população surda. A dificuldade é relatada tanto pelos dentistas como pelos pacientes com deficiência auditiva e surdos. Portanto, é fundamental que se busque melhorias na assistência a esse público para o alcance da equidade em saúde bucal, e que mais pesquisas e estudos sejam desenvolvidos a nível nacional para que essas lacunas sejam preenchidas.

REFERÊNCIAS

1. Faulks D, Norderyd J, Molina G, Macgiolla Phadraig C, Scagnet G, Eschevins C, et al. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to describe children referred to special care or paediatric dental services. PLoS One. 2013;8(4):e61993
2. Ministério D, Saúde. GUIA DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA [Internet]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_bucal_pessoa_deficiencia.pdf
3. Deficiência - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. www.paho.org. 2017. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/deficiencia>
4. RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE A DEFICIÊNCIA [Internet]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf
5. Organização Mundial da Saúde. Deafness and hearing Loss. Geneva: WHO; 2023.
6. Ministério da Saúde. Governo Federal. Diagnóstico precoce e acompanhamento reduzem casos de surdez. Brasília; 2022.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
8. Baixo alcance da língua de sinais leva surdos ao isolamento [Internet]. Senado Federal. Available from: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/baixo-alcance-da-lingua-de-sinais-leva-surdos-ao-isolamento>
9. Um em cada quatro idosos tinha algum tipo de deficiência em 2019 | Agência de Notícias. Agência de Notícias - IBGE [Internet]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de->

noticias/noticias/31447-um-em-cada-quatro-idosos-tinha-algum-tipo-de-deficiencia-em-2019

10. Soleman C, Bousquat A. Políticas de saúde e concepções de surdez e de deficiência auditiva no SUS: um monólogo? *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2021 Aug 30 [cited 2021 Nov 16];37. Available from: <https://www.scielo.br/ij/csp/a/4h6BMPsHHKxR3s6cdCRPQGg/?lang=pt#>
11. 8021220-2023: A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde | e-Disciplinas [Internet]. *edisciplinas.usp.br*. [cited 2024 Jun 17]. Available from: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=4890682&forceview=1>
12. Santos RSD, Corrêa VC, Santos RCD, Pereira FM, Corrêa DL, Pinto CG, Pedreira EN, Pedreira JBG. Illustrated booklet of Brazilian sign language for dentistry. *Spec Care Dentist*. 2022 Nov;42(6):612-615. doi: 10.1111/scd.12722. Epub 2022 Apr 9. PMID: 35397186.
13. Leal Rocha L, Vieira de Lima Saintrain M, Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Mey A. Access to dental public services by disabled persons. *BMC Oral Health*. 2015 Mar 13;15(1).
14. Ahmed TA, Bradley N, Fenesan S: Dental management of patients with sensory impairments. *Br Dent J* 233:627-632, 2022
15. Muñoz Quispe ME, Mendoza Cóndor MJ, Cahuana Vílchez JE, Mattos-Vela MA. Personas sordas y lengua de señas: un enigma en odontología [Deaf people and sign language: an enigma in dentistry]. *Rev Cient Odontol (Lima)*. 2023 Dec 26;10(4):e135. Spanish. doi: 10.21142/2523-2754-1004-2022-135. PMID: 38390608; PMCID: PMC10880720.
16. Katwe A, Santarossa S, Beaver S, Frydrych A, Kujan O. Dental and oral health students' preparedness for the management of deaf patients: A cross-sectional

- survey. *Journal of Dental Sciences* [Internet]. 2023 Oct 1;18(4):1581–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37799853/>
17. Informe sobre la situación mundial de la salud bucodental [Internet]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364907/9789240061880-spa.pdf?sequence=1>
 18. Tulchinsky TH, Varavikova EA. Special Community Health Needs. *The New Public Health*. 2014;381–418.
 19. Weddell JA, Sanders BJ, Jones JE. *Dental Problems of Children with Special Health Care Needs*. Elsevier eBooks. 2016 Jan 1;513–39.
 20. Surabian SR. Americans with Disabilities Act. *Dental Clinics of North America*. 2016 Jul;60(3):627–47.
 21. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 2. Communication. *Br Dent J*. 2008;205(1):11-21. doi:10.1038/sj.bdj.2008.533
 22. Jin EY, Daly B. The self-reported oral health status and behaviors of adults who are deaf and blind. *Spec Care Dentist*. 2010 Jan-Feb;30(1):8-13. doi: 10.1111/j.1754-4505.2009.00113.x. PMID: 20051068.
 23. Cumberbatch K, Jones T. Use of Jamaican Sign language in the provision of dental health care. *Community Dent Health*. 2017 Jun;34(2):72-76. doi: 10.1922/CDH_3913Cumberbatch05. PMID: 28573834.
 24. Schniedewind E, Lindsay RP, Snow S. Comparison of Access to Primary Care Medical and Dental Appointments Between Simulated Patients Who Were Deaf and Patients Who Could Hear. *JAMA Netw Open*. 2021 Jan 4;4(1):e2032207. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.32207. PMID: 33475755; PMCID: PMC7821033.
 25. Sanders C, Kleinert HL, Boyd SE, Herren C, Theiss L, Mink J. Virtual patient instruction for dental students: can it improve dental care access for persons with

- special needs? *Spec Care Dentist*. 2008 Sep-Oct;28(5):205-13. doi: 10.1111/j.1754-4505.2008.00038.x. PMID: 18782198.
26. Baker C. You and your hearing-impaired patient. *N Y State Dent J*. 2001;67(8):36-37.
27. Plunkett LR. When the patient is hearing-impaired. *N Y State Dent J*. 2002;68(1):6-7.
28. Devinsky O, Boyce D, Robbins M, Pressler M. Dental health in persons with disability. *Epilepsy & Behavior*. 2020 Sep;110:107174.
29. Seeberger GK. Toward Vision 2030: Building on a 121-year legacy. *The Journal of the American Dental Association* [Internet]. 2021 Aug 1 [cited 2023 Jan 11];152(8):583–5. Available from: [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(21\)00378-0/fulltext](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(21)00378-0/fulltext)
30. Weddell JA, Sanders BJ, Jones JE. Dental Problems of Children with Special Health Care Needs. *McDonald and Avery Dentistry for the Child and Adolescent*. 2011;460–86.
31. Smith SE, McCann H, Dykens EM, Hodapp RM. The disability-training needs of healthcare professionals: Scoping review and new initiatives. 2020 Jan 1;219–64.
32. Crane JM, Strickler JG, Lash AT, Macerollo A, Prokup JA, Rich KA, et al. Getting comfortable with disability: The short- and long-term effects of a clinical encounter. *Disability and Health Journal*. 2021 Apr;14(2):100993.
33. de Araújo Novaes M. Telecare within different specialties. *Fundamentals of Telemedicine and Telehealth*. 2020;185–254.
34. Waldman HBarry, Perlman SP, Swerdloff M. Orthodontics and the population with special needs. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2000 Jul;118(1):14–7.

35. World Dental Federation F. AWDC 2015 – Abstract book - Thursday, 24 September 2015 - FREE COMMUNICATION SESSIONS 41-60 and POSTER SESSIONS 33–48. *International Dental Journal*. 2015 Sep;65:108–61.
36. Grue J. Now you see it, now you don't: A discourse view of disability and multidisciplinary. *Alter*. 2017 Jul;11(3):168–78.
37. Scully C. Impairment and disability. Elsevier eBooks. 2014 Jan 1;676–86.
38. Raposa KA. Behavioral Management for Patients with Intellectual and Developmental Disorders. *Dental Clinics of North America*. 2009 Apr;53(2):359–73.
39. Steele L. Domiciliary dental care for handicapped elderly people. *Journal of Dentistry*. 1984 Dec;12(4):328–33.
40. McCLOY SG. Health. Elsevier eBooks. 2003 Jan 1;481–544.
41. Dental Care for Deaf and Blind Patients. *Dental abstracts*. 2023 May 1;68(3):199–202.
42. Gómez-Vilcapoma N, Gissela Briceño-Vergel, Córdova-Limaylla N, Marysela Ladera-Castañeda, Cervantes-Ganoza L, Allen-Revoredo C, et al. Factors associated with dental interns and professors perception of the management of disabled patients: A cross-sectional study under multivariable analysis. *Heliyon*. 2024 Jan 1;10(2):e24213–3.
43. Davis MJ. Issues in Access to Oral Health Care for Special Care Patients. *Dental Clinics of North America*. 2009 Apr;53(2):169–81.
44. Peterson-Besse JJ, O'Brien MS, Walsh ES, Monroe-Gulick A, White G, Drum CE. Clinical preventive service use disparities among subgroups of people with disabilities: A scoping review. *Disability and Health Journal*. 2014 Oct;7(4):373–93.

45. MacEntee MI. Caring for Elderly Long-Term Care Patients: Oral Health–Related Concerns and Issues. *Dental Clinics of North America*. 2005 Apr;49(2):429–43.
46. Kung PT, Tsai WC, Li YH. Determining factors for utilization of preventive health services among adults with disabilities in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities*. 2012 Jan;33(1):205–13.
47. Jeng WL, Wang TM, Cher TL, Lin CP, Jeng JH. Strategies for oral health care for people with disabilities in Taiwan. *Journal of Dental Sciences*. 2009 Dec;4(4):165–72.
48. Rights and Responsibilities Patients Your Rights [Internet]. [cited 2024 Jun 17]. Available from:
https://www.hearingloss.org/wpcontent/uploads/HLAA_HC_Patients_Rights-Responsibilities.pdf
49. Ettinger R, Marchini L, Hartshorn J. Consideration in Planning Dental Treatment of Older Adults. *Dental Clinics of North America*. 2021 Apr;65(2):361–76.
50. Edelstein BL, Samad F, Mullin L, Booth M. Oral Health Provisions in U.S. Health Care Reform. *The Journal of the American Dental Association*. 2010 Dec;141(12):1471–9.
51. Soto GC. Consideraciones al referir pacientes con discapacidad a tratamiento ortodóntico. *Revista Mexicana de Ortodoncia*. 2017 Jul;5(3):148–59.
52. Devinsky O, Boyce D, Robbins M, Pressler M. Dental health in persons with disability. *Epilepsy & Behavior*. 2020 Sep;110:107174.
53. Boushell LW, Shugars DA, Eidson RS. Patient Assessment, Examination, Diagnosis, and Treatment Planning. *Sturdevant's Art and Science of Operative Dentistry*. 2019;95–119.

