



Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Odontologia

Mino Moradi

**O modelo de crenças em saúde e a promoção de saúde oral em pessoas com
deficiência: uma revisão integrativa**

Brasília
2025

Mino Moradi

O modelo de crenças em saúde e a promoção de saúde oral em pessoas com deficiência: uma revisão integrativa.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Tiago Araújo Coelho de Souza

Coorientadora: Profa. Dra. Emília Carvalho Leitão Biato

Brasília

2025

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mino Moradi

O modelo de crenças em saúde e a promoção de saúde oral em pessoas com deficiência: uma revisão integrativa.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Data da aprovação: 30/06/2025

Prof. Dr. Tiago Araújo Coelho de Souza — Orientador
Doutor em 2009
Professor do Departamento de Odontologia (UnB)

Profa. Dra. Emília Carvalho Leitão Biato — Coorientadora
Doutora em 2015
Professora do Departamento de Odontologia (UnB)

Banca examinadora:

Membro 1: Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca Junior

Guedes Membro 2: Prof. Dr. Fábio Carneiro Martins

Membro Suplente: Prof. Dra. Lais David Amaral

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus pais pelo amor e apoio incondicional. O carinho deles sempre aqueceu meu coração, mesmo quando estavam a quilômetros de distância. O lugar onde cheguei hoje é graças a eles — e sempre vou lhes dever isso.

Ao meu irmão mais novo, obrigada por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis e finais desta jornada. Sua motivação e ajuda em casa, quando eu estava tão ocupada, fizeram toda a diferença.

À minha linda irmãzinha, agradeço pela presença e pelo apoio emocional, que me trouxeram paz e força quando mais precisei.

Sou profundamente grata aos meus adoráveis amigos do meu país, que sempre me enviaram amor e mostraram que estão esperando por mim. Suas mensagens e incentivos me mantiveram firme.

À minha segunda casa, o Brasil — obrigada pelo povo maravilhoso e pela natureza deslumbrante. Sempre vou carregar no coração o amor que recebi aqui.

Um agradecimento especial ao meu orientador, Professor Tiago, pela paciência e responsabilidade ao me guiar nessa caminhada até a graduação. E à minha coorientadora, Professora Emília, obrigada por toda a ajuda e apoio generoso.

Sou também muito grata a todos os meus professores da Universidade de Brasília (UnB). Sempre me senti tão acolhida — tenho um carinho imenso por esse lugar.

Fiz muitos amigos e vivi momentos inesquecíveis ao longo do caminho. Agradeço aos meus amigos e colegas brasileiros pelos momentos que compartilhamos com tanta leveza, parceria e amizade.

E, por último, mas com certeza não menos importante, quero agradecer a mim mesma — por acreditar em mim, pelo esforço, por ser guerreira e corajosa em toda essa trajetória.

"É possível permanecer ali,
junto ao véu da verdade,
mas sem ver, sem ouvir."

— Forugh Farrokhzad

O modelo de crenças em saúde e a promoção de saúde oral em pessoas com deficiência: uma revisão integrativa.
The health belief model and oral health promotion in people with disabilities: an integrative review.

Mino Moradi

Graduanda em Odontologia pela Universidade de Brasília, minoooo7@gmail.com

Resumo: A saúde bucal de pessoas com deficiência (PCD) enfrenta desafios complexos, resultantes de barreiras estruturais, técnicas e comunicacionais. O Modelo de Crenças em Saúde (MCS) tem sido aplicado para compreender como percepções de suscetibilidade, gravidade, benefícios, barreiras, sinais para ação e autoeficácia influenciam comportamentos de autocuidado bucal nesse público. Sendo assim o objetivo deste estudo é realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a aplicação dos constructos do MCS em intervenções de promoção da saúde bucal em PCD, identificando principais evidências, lacunas e implicações para práticas futuras. A etapa de busca e seleção dos artigos foi realizada nas bases de dados PubMed (MEDLINE), LILACS, SciELO, Google Scholar e Portal de Periódicos da CAPES, consideradas relevantes para a área da saúde. Além disso, realizou-se uma busca manual nas listas de referências dos artigos. Foram incluídos estudos publicados entre 2014 e 2024, com público-alvo PCD e abordagem quantitativa, qualitativa ou mista. Dois revisores independentes realizaram a seleção por título e resumo, e extraíram os dados em planilha de Excel padronizada. Como resultado, dos 11 estudos incluídos, a maioria (72,7%) avaliou estratégias educativas e adaptações ambientais; 81,8% apontaram barreiras de acesso (infraestrutura e preparo profissional); 81,8% enfatizaram benefícios das intervenções baseadas no MCS; e 90,9% destacaram a percepção de barreiras como principal obstáculo ao autocuidado. Deste modo, conclui-se que o MCS demonstra utilidade na promoção da saúde bucal em PCD, mas a efetividade exige ações integradas: capacitação profissional, adaptações físicas, engajamento de cuidadores e uso de tecnologias para sinais de ação. Recomenda-se o desenvolvimento de estudos controlados e programas multidisciplinares que fortaleçam cada constructo do modelo.

Palavras-chave: Modelo de Crenças em Saúde; Promoção de Saúde Bucal; Pessoas com Deficiência.

Abstract: The oral health of people with disabilities (PWD) faces complex challenges due to structural, technical, and communication barriers. The Health Belief Model (HBM) has been applied to understand how perceptions of susceptibility, severity, benefits, barriers, cues to action, and self-efficacy influence oral self-care behaviors in this population. Thus, this study aims to conduct an integrative literature review on the application of HBM constructs in oral health promotion interventions for PWD, identifying key evidence, gaps, and implications for future practices. The search and selection of articles were conducted in the following databases: PubMed (MEDLINE), LILACS, SciELO, Google Scholar, and the CAPES Journal Portal, which are considered relevant to the health field. Additionally, a manual search was performed in the reference lists of the selected articles. Studies published between 2014 and 2024 were included, focusing on people with disabilities (PWD) and employing quantitative, qualitative, or mixed-method approaches. Two independent reviewers carried out the selection based on titles and abstracts and extracted the data using a standardized Excel spreadsheet. Among the 11 included studies, most (72.7%) evaluated educational strategies and environmental adaptations; 81.8% identified access barriers (infrastructure and professional training); 81.8% emphasized the benefits of HBM-based interventions; and 90.9% highlighted perceived barriers as the main obstacle to self-care. In conclusion, the HBM proves useful in promoting oral health among PWD, but effectiveness requires integrated actions: professional training, physical adaptations, caregiver engagement, and technology-based cues to action. We recommend further controlled studies and multidisciplinary programs that strengthen each construct of the model.

Keywords: Health Belief Model; Oral Health Promotion; People with Disabilities.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. METODOLOGIA.....	15
2.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	15
2.2. PROTOCOLO DE BUSCA DOS ARTIGOS	16
2.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	17
2.4. METODOLOGIA DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	18
2. 5. LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS DA REVISÃO	18
3. RESULTADOS.....	19
4. DISCUSSÕES	39
5. CONCLUSÕES	41
REFERÊNCIAS.....	44

1. INTRODUÇÃO

A saúde bucal é multifacetada e inclui a capacidade de falar, sorrir, saborear, tocar, mastigar, engolir e expressar uma variedade de emoções através das expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto e doença do complexo craniofacial (cabeça, face e cavidade oral). (1)

Dados epidemiológicos do estudo Global Burden of Disease demonstram o impacto generalizado dos problemas de saúde bucal em milhões de pessoas em todo o mundo. De acordo com os colaboradores de distúrbios bucais do Global Burden of Disease (2017), as condições bucais afetaram aproximadamente 3,5 bilhões de pessoas globalmente, sendo a cárie dentária não tratada nos dentes permanentes a condição mais prevalente, afetando 2,3 bilhões de pessoas. A periodontite grave foi a 11ª condição mais prevalente, afetando 538 milhões de pessoas. (2,3).

A definição de pessoa com deficiência (PCD) foi adotada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS) referindo-se às pessoas que vivenciam os aspectos negativos da interação entre seu contexto ambiental e pessoal devido a qualquer deficiência, limitação de atividade ou restrição que possam vir a apresentar. (4)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 1,3 bilhão de pessoas, o que equivale a 16% da população mundial, vivem atualmente com algum tipo de deficiência significativa. Esse número tende a crescer devido ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis e ao envelhecimento populacional. As pessoas com deficiência constituem um grupo diversificado, cujas experiências e necessidades de saúde são influenciadas por fatores como sexo, idade, identidade de gênero, orientação sexual, religião, raça, etnia e situação econômica. Estudos indicam

que indivíduos com deficiência enfrentam maiores desafios em termos de saúde, incluindo maior risco de morte precoce, pior estado de saúde geral e mais limitações nas atividades cotidianas em comparação com a população sem deficiência. (5)

A classificação das deficiências segue o modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), categorizando as deficiências em física, sensorial (visual e auditiva), intelectual e múltipla. Os dados globais são distribuídos da seguinte maneira: (6)

1. Deficiência visual: Globalmente, 2,2 bilhões de pessoas possuem alguma forma de deficiência visual, de acordo com a OMS (2019). Cerca de 36 milhões de pessoas são cegas, e aproximadamente 217 milhões têm comprometimento visual moderado ou grave. As principais causas são catarata, glaucoma e erros refrativos não corrigidos. (7)(8)
2. Deficiência auditiva: A deficiência auditiva afeta 5% da população mundial, ou seja, cerca de 430 milhões de pessoas vivem com perda auditiva incapacitante. Destes, aproximadamente 34 milhões são crianças. A perda auditiva pode ser causada por doenças infecciosas, envelhecimento, exposição a ruído e fatores genéticos. (9)
3. Deficiência motora: aproximadamente 80 milhões de pessoas no mundo necessitam de uma cadeira de rodas para mobilidade. No entanto, apenas 5% a 35% dessas pessoas têm acesso a uma, dependendo do país em que vivem. As deficiências motoras incluem paralisias, amputações, e doenças musculoesqueléticas, como distrofias musculares e lesões medulares. (10)
4. Deficiência intelectual: Estima-se que 1-3% da população mundial viva com deficiência intelectual, o que representa entre 78 a 230 milhões de pessoas. A deficiência intelectual envolve limitações no funcionamento cognitivo e no comportamento adaptativo, que afetam a autonomia e a capacidade de interação social. (11)
5. Deficiência múltipla: Muitas pessoas têm mais de um tipo de deficiência, especialmente em países de baixa e média renda, onde o acesso limitado a

cuidados de saúde pode aumentar a complexidade das condições (OMS, 2011). Dados globais sobre deficiência múltipla são limitados, mas estima-se que as combinações de deficiência física com deficiência sensorial sejam comuns. (11)

Pessoas com deficiência muitas vezes enfrentam desafios exclusivos no acesso e na obtenção de cuidados odontológicos adequados, o que pode levar a problemas bucais não tratados e impactos negativos na saúde. Em pacientes com PCD, Health Belief Model (HBM) tem sido utilizado em intervenções que buscam melhorar os autocuidados em saúde oral e o acesso a serviços odontológicos, Health Belief model (HBM), também conhecido nos países de língua Portuguesa como o Modelo de Crenças em Saúde (MCS). Estudos mostram que esses pacientes muitas vezes subestimam sua suscetibilidade a problemas bucais ou não reconhecem a gravidade das consequências de uma higiene inadequada, o que contribui para o aumento de cárie e doenças periodontais (12). Ao aplicar o MCS, é possível aumentar a conscientização dos pacientes e cuidadores sobre os riscos de negligência da saúde bucal, ao mesmo tempo em que se trabalha para superar barreiras, como o medo, a falta de acessibilidade ou a dificuldade em encontrar profissionais capacitados para tratar pacientes com necessidades especiais (13).

Além disso, a percepção de barreiras e benefícios é particularmente relevante para pacientes com deficiências, já que muitos enfrentam dificuldades significativas no acesso físico a consultórios odontológicos e na realização de rotinas de higiene bucal. Intervenções baseadas no MCS podem incluir estratégias educacionais e motivacionais que não apenas destacam os benefícios da prevenção, mas também fornecem soluções práticas para contornar as barreiras percebidas (14). A autoeficácia também é trabalhada em programas que ensinam técnicas adaptadas de higiene bucal para pacientes com deficiências físicas ou intelectuais, aumentando sua capacidade de autocuidado (12).

O Modelo de Crenças em Saúde (MCS) foi desenvolvido na década de 1950 pelos psicólogos sociais Hochbaum, Rosenstock e Kegels, em resposta ao fracasso do Serviço de Saúde Pública dos EUA em implementar um programa nacional de triagem para tuberculose. O modelo foi inicialmente proposto como um quadro para entender por que as pessoas não participavam de programas destinados a detectar e

prevenir doenças, como a tuberculose. (15)

O modelo assume que as práticas em saúde do indivíduo são guiadas pela percepção das consequências na adoção de novos comportamentos. O MCS foi um dos primeiros modelos que ajustaram a teoria das ciências do comportamento aos problemas de saúde, tendo sido aplicado a uma variedade de tópicos de educação para a saúde, e tem sido, nas últimas décadas, o mais utilizado para compreender os costumes e práticas dos indivíduos em relação à saúde. (16)

O modelo inclui os seguintes componentes:

- Percepção da suscetibilidade: a crença de uma pessoa sobre sua probabilidade de desenvolver uma condição específica.
- Percepção da gravidade: a crença de uma pessoa sobre a gravidade das consequências de uma condição específica, se não for tratada ou prevenida.
- Percepção dos benefícios: a crença de uma pessoa sobre a eficácia das medidas preventivas ou de tratamento para reduzir o risco ou gravidade da condição de saúde.
- Percepção das barreiras: as crenças sobre os obstáculos percebidos que podem dificultar a adoção de comportamentos saudáveis.
- Sinais para a ação: fatores que desencadeiam ações ou comportamentos relacionados preventivos ou protetivos à saúde.

No contexto da saúde bucal, esses constructos são aplicados para avaliar e promover comportamentos de autocuidado e prevenção de doenças orais. Por exemplo, a percepção de suscetibilidade pode ser relacionada ao risco de desenvolver doenças periodontais ou cárie, enquanto a gravidade pode abordar as possíveis consequências, como perda dentária e dor associada (17) Estudos mostram que a percepção de benefícios, quando os pacientes reconhecem a importância da prevenção, tende a incentivar comportamentos como a escovação regular e o uso do fio dental (18). No entanto, as barreiras percebidas, incluindo o desconforto ou a falta de tempo para cuidados bucais, são aspectos que afetam a adesão a esses comportamentos, especialmente em PCD que podem necessitar de apoio ou adaptações específicas (19).

Alguns pesquisadores também chamam atenção ao conceito da autoeficácia, outro componente essencial do MCS, que está associada à confiança do indivíduo em

sua capacidade de realizar práticas de autocuidado (20). Em pacientes com PCD, esse aspecto é particularmente relevante, pois, frequentemente, esses indivíduos precisam de técnicas e abordagens específicas que respeitem suas limitações e promovam sua autonomia (21). A promoção de saúde bucal nesse público pode, portanto, ser facilitada pelo fortalecimento da autoeficácia, ajudando-os a se sentirem capazes de cuidar de sua própria saúde bucal, sempre que possível. Os estímulos para ação, por sua vez, podem vir de campanhas de saúde, aconselhamento profissional ou até mesmo de familiares e cuidadores, que desempenham um papel fundamental na motivação e na lembrança da importância da higiene bucal.

Para a aplicação prática do MCS em saúde bucal para pacientes com PCD, são necessárias abordagens específicas e direcionadas que possam lidar com as limitações e necessidades desses indivíduos. A literatura sugere que programas educativos baseados no MCS têm potencial para melhorar a adesão ao cuidado bucal em pacientes com deficiência, quando adaptados para responder às suas necessidades físicas, emocionais e sociais (22). Dessa forma, o uso do Modelo de Crenças em Saúde como base para intervenções educacionais e preventivas pode se mostrar eficaz em aumentar o entendimento e a adesão aos cuidados bucais em PCD, contribuindo para um melhor controle das condições bucais e, conseqüentemente, para uma melhor qualidade de vida (23)

Além desses elementos, o modelo também considera fatores demográficos, sociais e psicológicos que podem influenciar as crenças e comportamentos relacionados à saúde. O MCS tem sido amplamente utilizado em pesquisas e intervenções de saúde pública para compreender e promover comportamentos saudáveis, como adesão a tratamentos, participação em programas de prevenção e mudanças de estilo de vida. Ele fornece *'insights'* valiosos sobre como as percepções individuais podem moldar as decisões de saúde sendo frequentemente adaptado para diferentes contextos e populações. (15)

Desta forma, o MCS é um modelo psicossocial, cognitivo (já que são as suas representações mentais que determinam a sua atuação) e que, se enquadra na segunda geração de modelos de educação para a saúde (17). A principal vantagem desse modelo reside na sua capacidade de possibilitar que programas educacionais para indivíduos ofereçam uma intervenção precisa, focada na prontidão do participante, ao fornecer compreensão da suscetibilidade, da gravidade e dos

benefícios, bem como no reconhecimento das barreiras e dos facilitadores para o engajamento em comportamentos saudáveis de saúde bucal.

Uma limitação do MCS é que o fornecimento de informações por si só geralmente não é suficiente para mudar comportamentos de saúde. As mudanças de comportamento raramente seguem uma progressão lógica e gradual. Estudos transversais encontraram fortes associações entre boa saúde bucal em diferentes estágios do MCS. No entanto, estudos longitudinais não demonstraram bom valor preditivo no acompanhamento dos constructos do referido modelo. (24,25)

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objetivo principal realizar uma pesquisa integrativa que permita a busca, avaliação crítica e síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado. Portanto, o TCC irá investigar o estado atual de estudos e pesquisas acerca de programas e atendimentos odontológicos de pessoas com deficiência, delineado sob os constructos do Modelo de Crenças em Saúde. Por fim, o referido TCC irá propor uma intervenção direcionada à promoção de saúde bucal baseada nos princípios do Modelo de Crenças em Saúde visando abordar as necessidades e os desafios únicos enfrentados pelos pacientes com deficiência.

2. METODOLOGIA

2.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Neste estudo, optamos por realizar uma revisão integrativa da literatura, abordagem que nos permite sintetizar de modo abrangente os achados sobre um tema específico e, ao mesmo tempo, construir uma compreensão profunda do fenômeno em análise. Por meio dessa revisão, não só mapeamos o estado da arte sobre a aplicação do Modelo de Crenças em Saúde (MCS) na promoção da saúde bucal em pessoas com deficiência (PCD), mas também identificamos lacunas, contradições, tendências emergentes e desafios metodológicos nas produções existentes.

A escolha pela revisão integrativa decorre de sua capacidade de abraçar diferentes vertentes de pesquisa — quantitativa, qualitativa e mista —, o que nos

permite uma análise crítica e multifacetada. Durante o processo, definimos critérios claros de inclusão e exclusão, conduzimos buscas sistemáticas em bases de dados relevantes, selecionamos estudos com critério rigoroso, extraímos informações de maneira estruturada e sintetizamos resultados com reflexão constante sobre validade e aplicabilidade.

Em cada etapa, valorizamos a transparência e o rigor: discutimos a qualidade metodológica dos estudos, ponderamos como os achados podem influenciar práticas clínicas e políticas de saúde bucal para PCD, e destacamos oportunidades para investigações futuras. Dessa forma, buscamos não apenas descrever o que já foi feito, mas também contribuir para uma trajetória de pesquisa e intervenção cada vez mais sólida e sensível às necessidades das pessoas com deficiência.

O estudo teve início com a elaboração da pergunta de pesquisa: “Como os constructos do Modelo de Crenças em Saúde (MCS) podem ser aplicados para promover a saúde bucal em pessoas com deficiência (PCD)?” A pergunta norteadora foi formulada com base na estratégia PICO adaptada para revisão integrativa:

- **P (População):** pessoas com deficiência (PCD);
- **I (Intervenção/Interesse):** aplicação dos constructos do Modelo de Crenças em Saúde (MCS);
- **C (Contexto):** promoção da saúde bucal em PCD, considerando barreiras de acesso, limitações funcionais e fatores socioculturais que influenciam a adoção de comportamentos de saúde;
- **O (Desfecho):** promoção da saúde bucal.

2.2. PROTOCOLO DE BUSCA DOS ARTIGOS

A etapa de busca e seleção dos artigos foi realizada nas bases de dados PubMed (MEDLINE), LILACS, SciELO, Google Scholar e Portal de Periódicos da CAPES, consideradas relevantes para a área da saúde. Além disso, realizou-se uma busca manual nas listas de referências dos artigos inicialmente selecionados, com o intuito de ampliar a abrangência da pesquisa e identificar estudos potencialmente relevantes que não foram capturados na busca eletrônica. A estratégia de busca combinou descritores em português e inglês, articulados por operadores booleanos (“AND” e “OR”), incluindo os termos: “promoção de saúde oral” OR “oral health promotion”;

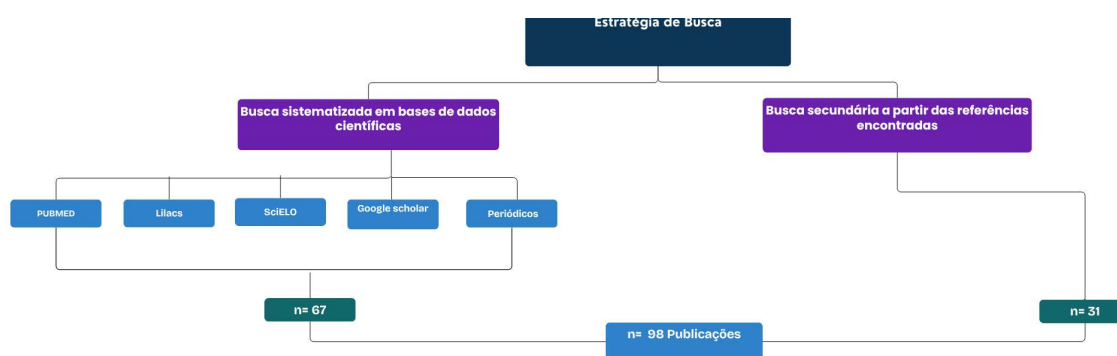
“cuidados odontológicos” OR “dental care”; “pacientes com deficiência” OR “patients with disabilities”; “modelo de crenças em saúde” OR “health belief model”; bem como termos específicos relacionados às diversas deficiências, tais como “deficiência física” OR “physical disability”; “paralisia cerebral” OR “cerebral palsy”; “comprometimento visual” OR “visual impairment”; “síndrome de Down” OR “Down syndrome”; “transtorno do espectro autista” OR “autism spectrum disorder”; e “surdez” OR “deafness”.

2.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram definidos com base na aderência dos estudos aos objetivos desta pesquisa, sendo selecionados artigos publicados no período de 2014 a 2024, redigidos em língua portuguesa ou inglesa, de acesso gratuito ou disponível institucionalmente, que abordassem direta e claramente a aplicação dos constructos do MCS no contexto da promoção da saúde bucal em pessoas com deficiência. Foram considerados elegíveis estudos de diferentes delineamentos metodológicos, incluindo revisões sistemáticas, integrativas e de escopo, estudos transversais, ensaios clínicos e estudos com abordagem mista, desde que alinhados aos objetivos do presente trabalho.

Por outro lado, foram excluídos artigos que não apresentassem relação direta com os constructos da MCS, bem como publicações incompletas, indisponíveis, duplicadas ou que não abordassem a utilização do MCS no contexto específico da saúde bucal de PCD. A seleção dos artigos foi conduzida de maneira criteriosa, realizada por dois revisores independentes, que inicialmente procederam à leitura dos títulos e resumos. Na sequência, os artigos elegíveis foram analisados na íntegra para confirmação dos critérios de inclusão, sendo as eventuais discordâncias resolvidas por consenso.

Figura 1 - Fluxograma do mapa de busca e seleção de estudos.



2.4. METODOLOGIA DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados extraídos foram organizados em uma planilha estruturada no software Microsoft Excel, contendo as seguintes variáveis: autor(es), ano de publicação, país de origem, população-alvo, tamanho da amostra, tipo de estudo, objetivo, principais resultados e conclusões. Para a análise dos dados, adotou-se uma abordagem de análise temática descritiva, que permitiu agrupar os achados segundo categorias analíticas correspondentes aos constructos do MCS (percepção de suscetibilidade, gravidade, benefícios, barreiras, sinais para ação e autoeficácia), além de aspectos relacionados às barreiras estruturais, estratégias de intervenção e impactos na saúde bucal das PCD.

2. 5. LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS DA REVISÃO

Reconhece-se que a revisão integrativa apresenta limitações intrínsecas:

- Viés de publicação: estudos com resultados negativos ou neutros podem não ter sido localizados, comprometendo o panorama completo das evidências.
- Qualidade metodológica variável: a heterogeneidade e eventuais fragilidades nos desenhos dos estudos incluídos podem afetar a robustez das conclusões.
- Limitação linguística: a inclusão restrita a artigos em português e inglês possivelmente excluiu produções relevantes em outros idiomas.

A explicitação dessas limitações fortalece a robustez acadêmica e orienta a interpretação cautelosa dos achados, além de apontar oportunidades para pesquisas futuras mais abrangentes e diversificadas.

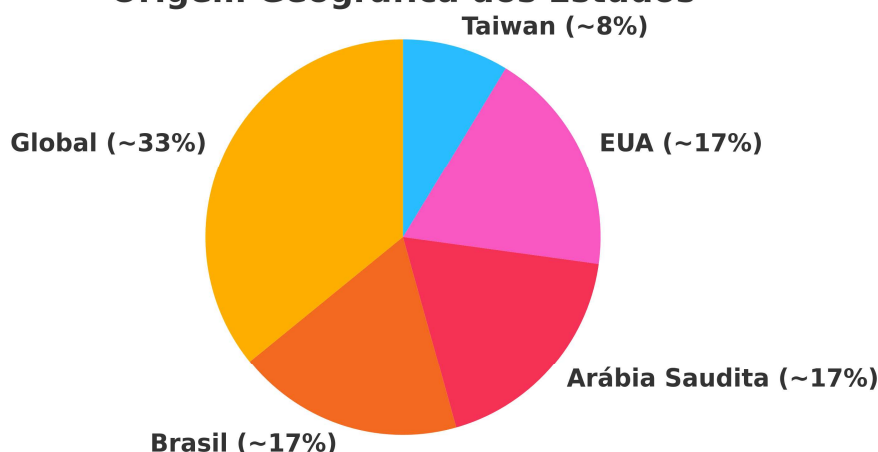
3. RESULTADOS

A aplicação dos critérios de elegibilidade resultou na seleção de 11 estudos, distribuídos entre os anos de 2014 e 2024. Observa-se uma maior concentração de publicações nos últimos cinco anos, destacando-se o ano de 2024, responsável por 25% dos artigos. Esse dado reflete um crescimento progressivo do interesse científico e acadêmico na temática da saúde bucal de pessoas com deficiência, com ênfase na utilização de modelos teóricos, como o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), para orientar intervenções educativas, preventivas e assistenciais.

Em relação à distribuição geográfica, os estudos apresentam considerável diversidade. Destaca-se que 33,3% possuem escopo global, abrangendo diferentes contextos culturais e sanitários, o que demonstra uma preocupação internacional com o tema. Além disso, há publicações provenientes do Brasil, Arábia Saudita e Estados Unidos, cada uma representando 16,7% do total, e um estudo isolado (8,3%) originário de Taiwan. Essa distribuição revela não apenas a dimensão global do problema, mas também evidencia contextos específicos que influenciam os desafios e as soluções adotadas em diferentes países.

Figura 2 – Distribuição geográfica dos estudos

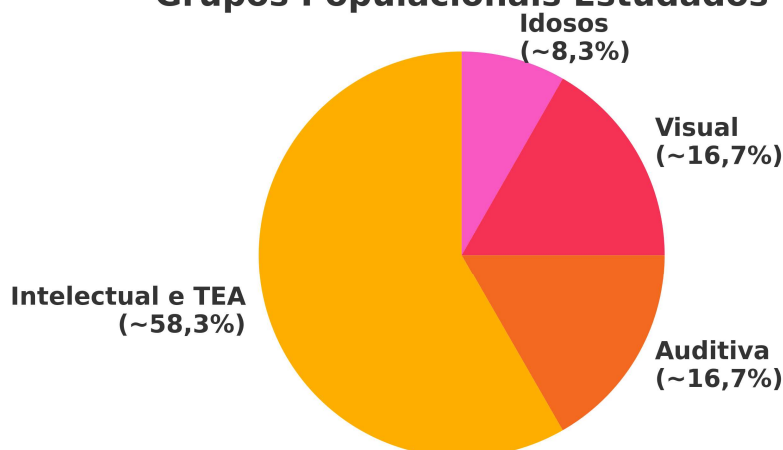
Origem Geográfica dos Estudos



Quanto aos grupos populacionais abordados, verifica-se que a maior parte dos estudos (58,3%) se concentra em indivíduos com deficiência intelectual e transtorno do espectro autista (TEA), refletindo uma tendência de priorização desses grupos, cujas limitações cognitivas e comportamentais demandam intervenções específicas. Grupos como pessoas com deficiência auditiva, visual e crianças com necessidades especiais estão representados em 16,7% das publicações, respectivamente. Apenas um estudo (8,3%) teve como foco idosos com deficiência, o que evidencia uma lacuna significativa na literatura acerca desse público.

Figura 3 – Distribuição dos estudos por tipo de deficiência

Grupos Populacionais Estudados



No que se refere ao delineamento metodológico, observa-se a predominância

de estudos de caráter sintético, sendo 50% revisões (integrativas, sistemáticas ou de escopo). Estudos transversais representam 25%, ensaios clínicos somam 16,7% e apenas um estudo (8,3%) utiliza abordagem metodológica mista. A prevalência de revisões reflete o esforço acadêmico voltado para a consolidação do conhecimento disponível, embora também revele a necessidade de mais pesquisas empíricas e aplicadas.

As análises dos conteúdos revelam que as barreiras de acesso aos serviços odontológicos foram apontadas em 81,8% dos artigos, sendo as principais relacionadas à inadequação da infraestrutura física, à falta de capacitação específica dos profissionais e às dificuldades de comunicação com as pessoas com deficiência e seus cuidadores. Além disso, uma problemática recorrente, documentada em 54,5% das publicações, refere-se à recusa no atendimento odontológico. Tal situação é frequentemente motivada pela insegurança, despreparo técnico e falta de experiência dos profissionais diante das demandas específicas desse público, cenário presente em 64% dos casos de recusa analisados.

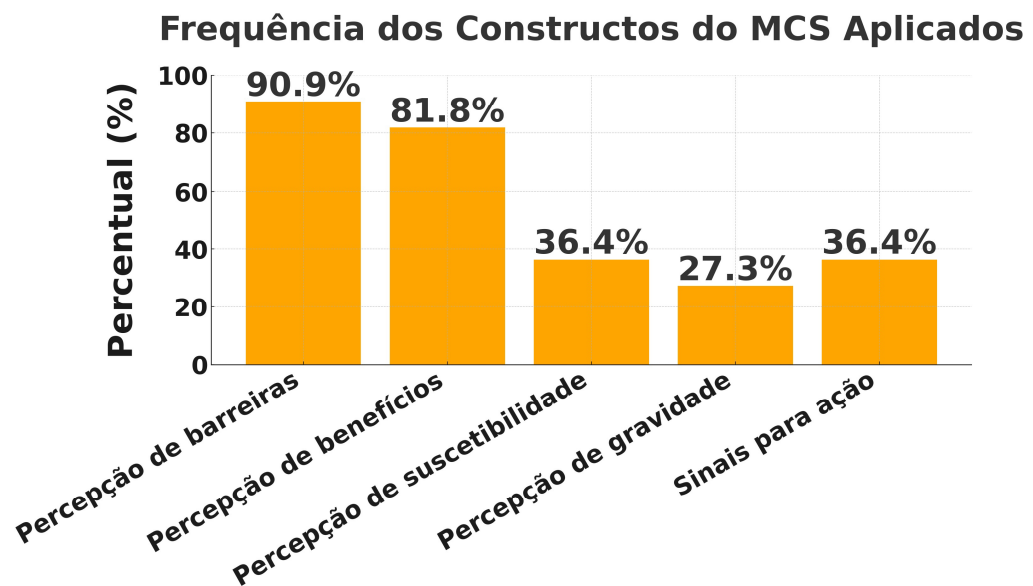
Outro achado relevante refere-se às consequências da negligência da saúde bucal, relatadas em 63,6% dos estudos, que associam as condições orais precárias a prejuízos na alimentação, na autoestima, no convívio social e na qualidade de vida das pessoas com deficiência. A ocorrência de altos índices de cárie dentária e doenças periodontais em PCD foi identificada em 36,4% dos estudos, reforçando a necessidade urgente de intervenções que articulem ações educativas, preventivas e assistenciais de forma integrada.

No tocante à aplicação dos constructos do MCS, os dados revelam uma elevada frequência da percepção de barreiras, presente em 90,9% dos estudos, demonstrando que os entraves físicos, econômicos e profissionais são reconhecidos como os principais obstáculos para a adoção de práticas de autocuidado em saúde bucal. A percepção dos benefícios, por sua vez, foi destacada em 81,8% das publicações, evidenciando que as intervenções educativas, o suporte de cuidadores e as adaptações ambientais são reconhecidos como ferramentas efetivas na melhoria dos hábitos de higiene oral. A percepção de suscetibilidade apareceu em 36,4%, indicando que parte da população-alvo reconhece sua maior vulnerabilidade a doenças bucais. Por outro lado, a percepção da gravidade foi abordada em apenas 27,3% dos estudos, sugerindo que a ênfase sobre as consequências negativas da

negligência com a saúde bucal ainda é insuficiente.

Por fim, os sinais para ação, como lembretes, campanhas e orientações personalizadas, foram observados em 36,4%, denotando uma oportunidade relevante, porém ainda subexplorada, para potencializar mudanças de práticas em modo de conduzir vida e saúde nesse público.

Figura 4 – Distribuição dos estudos por constructo do Modelo de Crenças em Saúde (MCS)



Na Tabela 1 apresenta os dados extraídos dos estudos selecionados, organizados segundo as variáveis: autor(es), ano de publicação, país de origem, população-alvo, tamanho amostral, delineamento metodológico, objetivo, principais resultados e conclusões.

Tabela 1 - - Caracterização dos artigos selecionados na revisão, contendo informações sobre autores, ano de publicação, país, delineamento metodológico e variáveis analisadas em cada estudo.

Autores	Ano de publicação	País	População de Estudo	Amostra	Tipo de Estudo	Objetivos	Principais resultados
Pimentel Júnior, N.S. et al.	2024	Mundo	Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (Deficiência Intelectual)	Sem informação	Revisão Integrativa	Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre saúde oral entre pessoas com transtorno do espectro autista e as estratégias de manejo odontológico para esse grupo	Práticas em casa: Simule consultas odontológicas por meio de atividades passo a passo de higiene bucal, programação visual e vídeos. Práticas no consultório: Implemente técnicas de dessensibilização antes de realizar procedimentos. Barreiras e Desafios: Dificuldades de encaminhamento para clínicas, públicas e privadas, e questões de acessibilidade como estacionamento e rampas. A falta de experiência dos profissionais (64%) foi o motivo mais comum para recusa no tratamento de autistas, seguida de outros motivos (28%) e equipamentos inadequados. Considerações familiares: A saúde bucal é muitas vezes despriorizada devido a outras demandas, fazendo com que muitos indivíduos autistas recebam atendimento odontológico apenas entre as idades de 7 e 14 anos e muitas vezes recusem o tratamento. O condicionamento precoce ao ambiente odontológico, abordagens preventivas e modelos educacionais personalizados podem reduzir a aversão ao tratamento odontológico. Programas de Intervenção: A modelagem de vídeos pode aprimorar as técnicas de escovação, com vídeos disponíveis em diferentes horários do dia, com narração e legendas ocultas. Os pais e cuidadores devem estar ativamente envolvidos no processo de atendimento odontológico e nas rotinas diárias de saúde bucal. Metas para pacientes com autismo: Incentivar a colaboração e a autonomia na higiene oral e no tratamento oportuno e eficaz. Garantir que todos os profissionais de saúde, familiares e cuidadores estejam informados, atentos e

							motivados sobre questões de saúde bucal. Melhorar o acesso aos serviços dentários através de melhor logística, formação profissional e apoio económico.
--	--	--	--	--	--	--	---

AlHumaid, J. et al.	2020	Arábia Saudita	Crianças com Transtorno do Espectro Autista (Deficiência Intelectual)	n=75	Estudo Transversal	Avaliar a associação entre o estado de saúde bucal e as práticas de saúde bucal de crianças com Transtorno do Espectro Autista em relação às atitudes e conforto dos pais em fornecer cuidados bucais	Este estudo avaliou o comportamento dos pais em relação aos cuidados com a saúde bucal de crianças com autismo, destacando uma alta prevalência de cáries tanto em dentes de leite quanto na dentição permanente, além de problemas gengivais. A escovação supervisionada, frequentemente realizada em casos de inflamação gengival, foi praticada por uma parte significativa dos pais e mostrou-se associada aos índices de placa e gengiva, bem como à incidência de cáries. Atitudes positivas dos pais foram relacionadas a um menor consumo de açúcar, enquanto o maior conforto em fornecer cuidados foi associado a uma menor ocorrência de placa e problemas gengivais. No entanto, os papéis parentais nos cuidados com crianças com autismo ainda não estão bem definidos. Programas de entrevista motivacional e treinamento parental são recomendados para que os pais compreendam a importância desses cuidados na manutenção da saúde bucal de seus filhos.
------------------------	------	----------------	---	------	--------------------	---	--

Aljameel, A.H. et al.	2024	Mundo	Pessoas com deficiência intelectual ou seus cuidadores	sem informação	Revisão Sistemática	Verificar a efetividade das atividades de promoção de saúde bucal em pessoas com deficiências intelectuais. Este estudo examinou a eficácia das intervenções de promoção da saúde bucal para indivíduos com deficiências intelectuais (DIs) e seus cuidadores. As intervenções foram direcionadas diretamente aos indivíduos com DIs ou focadas na educação dos cuidadores. Apesar de inúmeros estudos, há uma falta de medidas padronizadas para avaliar o impacto a longo prazo dessas intervenções, e os desenhos dos estudos variaram significativamente. Os resultados indicam que os indivíduos com DIs podem adotar melhores comportamentos de higiene bucal quando treinados de forma sistemática, mas o envolvimento dos cuidadores é crucial. No entanto, foram observadas melhorias de curto prazo, com evidências limitadas de efeitos a longo prazo. Além disso, a capacidade cognitiva dos indivíduos com DIs muitas vezes não foi considerada, tornando difícil generalizar os resultados. Os cuidadores frequentemente relataram dificuldades em fornecer cuidados bucais devido à falta de treinamento adequado. Esforços futuros devem focar em intervenções de longo prazo, educação dos cuidadores e uma abordagem baseada em sistemas para atender melhor às diversas necessidades dessa população. O estudo avaliou as atitudes e o conforto dos pais em relação aos cuidados com a saúde bucal de crianças com autismo. Atitudes positivas dos pais foram associadas à menor ingestão de açúcar, enquanto atitudes negativas estavam ligadas à dificuldade em encontrar dentistas capacitados. Os pais demonstraram maior conforto ao monitorar a dieta dos filhos, mas menos conforto em ensinar e ajudar com o uso do fio dental. Embora o conforto dos pais para cuidar da saúde bucal estivesse relacionado a menores índices de placa
-----------------------	------	-------	--	----------------	---------------------	---

							e problemas gengivais, essa associação não foi significativa.
--	--	--	--	--	--	--	---

Kangutkar, T. et al.	2022	Mundo	Adultos com deficiência intelectual.	sem informação	Revisão de Escopo	Explorar as intervenções de educação/treinamento relacionadas à saúde bucal de adultos com deficiência intelectual.	Para pessoas com deficiência intelectual, a saúde bucal é crucial para seu bem-estar geral e inclusão social. A pesquisa revisada demonstra que essas pessoas consideram o atendimento odontológico inacessível e desmotivador, e não foram encontradas evidências de impactos positivos da educação/treinamento de profissionais de saúde dental ou cuidadores no estado de saúde bucal. Apesar disso, estudantes e profissionais de odontologia mostraram interesse em ampliar seus conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados bucais para pessoas com deficiência intelectual. Embora haja indícios de que o treinamento de cuidadores em saúde bucal possa melhorar as referências para cuidados especializados, o interesse de profissionais de saúde não odontológicos na saúde bucal de seus pacientes com deficiência intelectual ainda é desconhecido na pesquisa publicada. É necessário realizar mais pesquisas para identificar barreiras sistêmicas à saúde bucal de pessoas com deficiência intelectual e avançar no desenvolvimento de módulos eficazes de educação/treinamento para profissionais de saúde dental, estudantes e cuidadores, que possam melhorar a saúde bucal dessa população.
----------------------	------	-------	--------------------------------------	----------------	-------------------	---	--

Pereira, R.M. et al.	2017	Brasil	Pessoas surdas	n=30	Estudo Misto	Avaliar a percepção das pessoas com deficiência auditiva sobre o processo de comunicação no atendimento por cirurgiões-dentistas.	O estudo revela que a maioria dos surdos nunca recebeu orientações de cirurgiões-dentistas sobre doenças bucais ou práticas de higiene, refletindo uma barreira no acesso à educação em saúde. Observa-se que o conhecimento sobre os riscos (susceptibilidade percebida) de cárie é limitado, embora muitos reconheçam a influência do açúcar e a importância da correta higienização (benefícios percebidos). No entanto, a falta de orientação pode ser um obstáculo significativo (barreira percebida), com a higiene bucal variando entre os participantes. Apesar disso, muitos demonstram comportamentos regulares de escovação (autoeficácia), indicando que, com melhor comunicação e orientação, os cuidados bucais poderiam ser aprimorados. A capacitação dos profissionais de odontologia em Libras é apontada como a principal solução para eliminar barreiras na comunicação, além da necessidade de entender aspectos da cultura surda. A inclusão de Libras na formação acadêmica e o treinamento contínuo são fundamentais para melhorar a assistência e aumentar a satisfação dos pacientes surdos.
Silva, V.S. et al.	2022	Brasil	Pessoas cegas		Revisão Integrativa	Identificar as barreiras de acesso ao serviço odontológico, enfrentadas por pessoas cegas.	Pessoas com deficiência visual enfrentam barreiras significativas no acesso aos serviços odontológicos, principalmente relacionadas à locomoção, infraestrutura e comunicação. A falta de adequações físicas, como rampas e corrimãos, e a dificuldade de navegação nas ruas e calçadas complicam a chegada aos consultórios. Além disso, a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes é insuficiente, muitas vezes realizada apenas com os acompanhantes, o que prejudica o atendimento. A ausência de horários convenientes e de profissionais

							capacitados também é um obstáculo, dificultando o acesso adequado desses pacientes aos cuidados bucais.
--	--	--	--	--	--	--	---

Dias, H.H.P.; Souza, J.A.S.	2022	Mundo	Crianças com necessidades especiais	Sem informação	Revisão de Literatura	Relatar os principais elementos e a importância do tratamento odontológico em crianças com necessidades especiais.	Percepção de Suscetibilidade: Pacientes com necessidades especiais são mais vulneráveis a doenças bucais, como cáries e doenças periodontais, devido à dificuldade de acesso a serviços odontológicos adequados e à falta de políticas públicas voltadas para essa população. Percepção de Gravidade: A falta de cuidados bucais apropriados pode resultar em sérios problemas de saúde para esses pacientes, com riscos aumentados de complicações, especialmente considerando suas condições médicas e limitações. Percepção de Benefícios: A prevenção eficaz, como a utilização de escovas dentais adaptadas e dentifrícios fluoretados, pode melhorar significativamente a saúde bucal dos pacientes, promovendo maior qualidade de vida. O envolvimento de cuidadores e a participação familiar no tratamento também são benefícios cruciais para a continuidade dos cuidados. Percepção de Barreiras: A insegurança e a falta de capacitação dos profissionais para lidar com essas condições, além da ausência de infraestrutura adequada, são barreiras comuns ao tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. Famílias e cuidadores podem não compreender plenamente a importância da manutenção da saúde bucal, o que dificulta a adesão ao tratamento. Pistas para Ação: Uma boa orientação individualizada e a criação de uma relação de confiança entre o profissional, o paciente e os responsáveis são essenciais para melhorar o atendimento odontológico. O uso de técnicas de contenção física, quando necessário, com o consentimento dos pais, é uma medida protetora para garantir a segurança durante procedimentos. O treinamento técnico-científico adequado dos cirurgiões-dentistas é necessário para que eles se sintam
--------------------------------------	------	-------	---	-------------------	--------------------------	---	--

							preparados e confiantes em lidar com as demandas e intercorrências associadas ao tratamento desses pacientes.
--	--	--	--	--	--	--	---

Pan, M. et al.	2017	Taiwan	Adultos com deficiências	n=549	Estudo Transversal	Examinar a prevalência e os fatores associados ao número de dentes remanescentes <20 entre adultos com deficiências. Percepção de Suscetibilidade: Pessoas com deficiência, especialmente aquelas com deficiência intelectual, mostraram maior vulnerabilidade à perda dentária, com prevalência significativa de menos de 20 dentes remanescentes, muitas vezes devido a dificuldades de coordenação motora e compreensão. Percepção de Gravidade: A perda de dentes e o edentulismo podem ter um impacto negativo considerável na qualidade de vida, afetando a saúde geral, autoestima e nutrição. A dificuldade em realizar práticas adequadas de higiene bucal pode agravar a condição periodontal, levando à perda dentária. Percepção de Benefícios: Métodos como escovação regular, uso de fio dental e escovas interdentais são eficazes para remover patógenos periodontais e melhorar a saúde bucal. Essas práticas, quando implementadas adequadamente, podem reduzir a prevalência de doenças periodontais e a perda dentária. Percepção de Barreiras: As barreiras incluem dificuldades relacionadas à deficiência, como falta de controle motor e cognitivo, além de falta de compreensão das práticas de higiene bucal. A ausência de visitas regulares ao dentista e a pouca orientação para famílias e cuidadores também contribuem para a má higiene bucal. Cues para Ação: A educação em higiene bucal é essencial para melhorar os comportamentos relacionados à saúde bucal, especialmente em indivíduos com deficiência. A integração de cuidados preventivos em suas rotinas diárias pode aliviar a ansiedade em relação ao atendimento odontológico e melhorar os resultados de saúde bucal. Autoeficácia: Embora muitos participantes tenham demonstrado habilidades básicas de autocuidado, isso não garantiu uma higiene bucal eficaz. O treinamento de cuidadores e
----------------	------	--------	--------------------------	-------	--------------------	---

							profissionais de saúde para auxiliar nas práticas de higiene bucal é crucial para melhorar os resultados.
--	--	--	--	--	--	--	---

Faris Y. A. et al.	2024	Arábia Saudita	Estudantes com Deficiências	n=354	estudo transversal	Explorar os comportamentos de saúde bucal, a utilização dos cuidados odontológicos e as barreiras para o acesso aos cuidados odontológicos entre estudantes com deficiências (SWDs) em Al-Ahsa, Arábia Saudita, conforme relatado por seus pais. O estudo fornece uma análise transversal descritiva, examinando como os fatores sociodemográficos influenciam as práticas de saúde bucal e o acesso aos cuidados entre esses estudantes. A perda de dentes, necessidade de extrações, uso frequente de sedação e internações hospitalares para atendimento odontológico indicam que os problemas bucais enfrentados são sérios e impactam diretamente a saúde e qualidade de vida dos estudantes. O estudo revelou que os estudantes com deficiências frequentemente não adotam práticas adequadas de higiene bucal, evidenciando hábitos de escovação irregulares e um uso muito limitado de fio dental. Quanto à utilização dos serviços odontológicos, observou-se que muitos desses estudantes recorrem aos cuidados apenas em situações emergenciais, e uma parte considerável nunca realiza visitas de rotina a um dentista. Além disso, os pais identificaram barreiras relevantes para o acesso aos serviços, como o medo associado aos tratamentos odontológicos, a dificuldade em encontrar profissionais preparados e dispostos a atender às necessidades específicas desses estudantes, e os longos períodos de espera para agendamento de consultas. O estudo também aponta que fatores sociodemográficos, como o nível de escolaridade dos pais, têm impacto na qualidade dos cuidados de saúde bucal, indicando que uma melhor educação pode contribuir para práticas mais saudáveis e um acesso mais regular aos serviços odontológicos.
-----------------------	------	----------------	-----------------------------	-------	--------------------	---

Catherine J.B. et al	2014	Estados unidos	Indivíduos com deficiências intelectuais e/ou do desenvolvimento (DID) que vivem em residências coletivas	n= 25	ensaio clinico	Testar a viabilidade e a eficácia de uma estratégia de saúde bucal, composta por ações planejadas, capacitação dos cuidadores, adaptações ambientais e reforço, para melhorar a higiene e o estado bucal de residentes com deficiência intelectual e do desenvolvimento. Houve uma melhora significativa na saúde bucal dos residentes, evidenciada pela redução drástica na placa dental e pela melhora nos índices de avaliação oral (com a redução do Índice de Placa e o aumento da pontuação no Oral Assessment Guide). As práticas de higiene bucal dos residentes também melhoraram, com um aumento no uso de soluções reveladoras e na utilização do fio dental, o que contribuiu para a melhoria do índice composto de práticas de higiene. Em relação aos cuidadores, não houve mudança significativa na autoeficácia, possivelmente devido a um efeito teto, mas observou-se um aumento importante no suporte oferecido durante as atividades de higiene (por exemplo, maior supervisão dos cuidados bucais, que passou de uma proporção menor para uma proporção significativamente maior). A qualidade da implementação da intervenção foi considerada alta em termos de cobertura (dosagem) e fidelidade, e os cuidadores avaliaram positivamente os componentes da estratégia.
----------------------	------	----------------	---	-------	----------------	--

Catherine J.B. et al	2019	Estados unidos	Idosos (com 62 anos ou mais) e adultos mais jovens com deficiência (principalmente entre 50 e 62 anos).	n= 360	Ensaio clínico comunitário randomizado	Descreve um protocolo para a realização de um estudo comunitário bilíngue de 5 anos, com uma intervenção em dois níveis, que aborda normas comunitárias, crenças, intenções e práticas para melhorar a higiene bucal de idosos vulneráveis que vivem em habitações públicas subsidiadas. A intervenção utiliza: (1) uma abordagem de aconselhamento presencial (entrevista motivacional adaptada e (2) campanhas de saúde bucal conduzidas pelos próprios moradores nos edifícios participantes do estudo. Melhora da higiene oral (avaliada clinicamente por meio do índice de placa e índice gengival); Melhora na qualidade de vida relacionada à saúde bucal; Redução de comportamentos de risco relacionados à higiene oral; Sustentabilidade das mudanças comportamentais após a intervenção (manutenção a longo prazo); Comparação entre os efeitos da entrevista motivacional adaptada e das campanhas conduzidas pelos residentes — tanto de forma isolada quanto combinada.
----------------------	------	----------------	---	--------	--	---

Tabela 2 - Distribuição dos artigos segundo os constructos do Modelo de Crenças em Saúde (MCS)

Autor(es)	Ano de publicação	Percepção da suscetibilidade	Percepção da gravidade	Percepção dos benefícios	Percepção das barreiras	Sinais para a ação
Pimentel Júnior, N.S. et al.	2024	Não	Não	Sim	Sim	Sim
AlHumaid, J. et al.	2020	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Aljameel, A.H. et al.	2024	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Kangutkar, T. et al.	2022	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Pereira, R.M. et al.	2017	Sim	Não	Sim	Sim	Não
Silva, V.S. et al.	2022	Não	Não	Não	Sim	Não
Dias, H.H.P.; Souza, J.A.S.	2022	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Pan, M. et al.	2017	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Faris Y. A. et al.	2024	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Catherine J.B. et al	2014	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Catherine J.B. et al	2019	Não	Não	Sim	Não	Sim

4. DISCUSSÕES

A análise dos resultados obtidos nesta revisão integrativa evidencia um cenário marcado por desafios de ordem estrutural, profissional e psicossocial, os quais impactam diretamente a promoção da saúde bucal em pessoas com deficiência. A elevada incidência da percepção de barreiras, identificada na maioria dos estudos analisados, demonstra que, para além dos fatores individuais e comportamentais, os determinantes contextuais exercem influência significativa na adesão aos cuidados odontológicos. Esse achado está em consonância com os pressupostos teóricos do Modelo de Crenças em Saúde (MCS), que reconhece as barreiras percebidas como um dos principais limitadores para a adoção de comportamentos de saúde.

Constatou-se, ainda, uma concentração expressiva de estudos voltados para populações com deficiência intelectual e transtorno do espectro autista (TEA), em detrimento de outros grupos, como pessoas com deficiência física, sensorial ou múltipla, especialmente em faixas etárias mais avançadas. Essa lacuna evidencia não apenas um viés na produção científica, como também aponta para a necessidade de ampliação das agendas de pesquisa, de modo a incluir a diversidade de experiências, contextos e desafios enfrentados pelos diferentes perfis de pessoas com deficiência.

No que se refere à formação profissional, os dados revelam uma problemática recorrente relacionada ao despreparo de cirurgiões-dentistas para o atendimento de pacientes com deficiência. A recusa ou resistência no acolhimento destes pacientes, frequentemente motivada por insegurança técnica e falta de capacitação, denuncia fragilidades nos currículos dos cursos de graduação em odontologia, que historicamente negligenciam conteúdos voltados à atenção especializada às pessoas com deficiência. Este dado reforça a necessidade de inclusão, nos projetos pedagógicos dos cursos, de disciplinas e atividades específicas, além da oferta de programas de educação permanente, visando qualificar os profissionais para o atendimento ético, humanizado e tecnicamente adequado.

A análise dos constructos do MCS demonstrou que, embora a percepção de benefícios esteja presente de forma consistente, os constructos de percepção de gravidade e de percepção de suscetibilidade aparecem de maneira limitada por motivo

da tendência generalizada de despriorização da saúde bucal em pessoas com deficiência (PCD), outras demandas clínicas – como condições crônicas ou necessidades médicas consideradas mais urgentes – recebem maior ênfase por parte de profissionais, cuidadores e familiares, o que reduz a percepção de risco associada a complicações odontológicas, relegando-as a segundo plano. Ademais, as barreiras de comunicação inerentes a certas deficiências (por exemplo, limitações na expressão verbal, deficiências sensoriais ou cognitivas) dificultam tanto a avaliação quanto a transmissão adequada da gravidade de problemas orais: instrumentos de pesquisa podem não captar satisfatoriamente essa percepção e, na prática clínica, há desafios em adaptar a linguagem e os recursos educativos para torná-los acessíveis. Outrossim, intervenções educacionais e programas frequentemente privilegiam aspectos práticos e imediatos – tais como benefícios de higiene e superação de barreiras de acesso –, deixando de abordar cenários futuros e possíveis complicações por receio de gerar ansiedade ou resistência. Essas questões evidenciam a necessidade de desenvolver instrumentos validados e estratégias de comunicação sensíveis ao perfil de PCD e de seus cuidadores, de modo a fortalecer a percepção de gravidade e promover maior engajamento em autocuidados e busca precoce de atendimento.

Esse aspecto compromete a efetividade das estratégias educativas, uma vez que a baixa percepção do risco individual dificulta o engajamento em práticas de prevenção e promoção da saúde. Diante de barreiras estruturais e contextuais relevantes, as percepções subjetivas sobre o risco tendem a ser minimizadas, o que limita o impacto de intervenções centradas apenas na transmissão de informações.

Adicionalmente, observa-se que os sinais para ação, embora abordados em alguns estudos, permanecem subutilizados. Verifica-se uma escassez na adoção de ferramentas inovadoras, como tecnologias digitais, aplicativos, recursos audiovisuais acessíveis e materiais educativos adaptados, que poderiam atuar como facilitadores na mudança de comportamento e na promoção do autocuidado.

Diante desse contexto, os achados desta revisão reforçam que a promoção da saúde bucal em pessoas com deficiência não deve ser concebida unicamente como uma

prática técnica, restrita ao âmbito clínico. Trata-se, sobretudo, de um desafio de caráter ético, social e político, que demanda a articulação intersectorial entre os campos da saúde, da educação, da assistência social e da garantia dos direitos humanos. A efetividade das ações depende, portanto, não apenas do fortalecimento dos constructos do Modelo de Crenças em Saúde, mas também da formulação de políticas públicas inclusivas, da reestruturação dos processos formativos na área da saúde e do enfrentamento das múltiplas formas de exclusão que ainda persistem no atendimento odontológico às pessoas com deficiência.

5. CONCLUSÕES

Em síntese, a promoção da saúde bucal em pessoas com deficiência exige um compromisso ético e social que transponha os muros do consultório, integrando políticas públicas, educação em saúde e engajamento comunitário. Esta revisão integrativa consolidou o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) como ferramenta norteadora de intervenções capazes de reforçar o autocuidado e garantir acesso equitativo a serviços odontológicos.

Identificou-se que, enquanto a percepção de benefícios é amplamente reconhecida, os constructos de suscetibilidade e gravidade permanecem subexplorados, reduzindo o potencial transformador das ações. As principais barreiras — estruturais, comunicacionais e formativas — seguem limitando não apenas o acesso, mas também a confiança e a autonomia dos usuários. Concomitantemente, constatou-se um viés de pesquisa em populações com deficiência intelectual e autista, ao passo que idosos com deficiências físicas ou sensoriais continuam sob representados.

Diante disso, recomenda-se:

- Revisão curricular em odontologia, com inclusão de conteúdos e práticas

específicas na graduação em odontologia, e estágios obrigatórios em serviços que atendam pessoas com deficiência;

- Desenvolvimento de recursos educativos acessíveis (audiovisuais, aplicativos e materiais adaptados) que atuem como sinais para ação e reforcem a motivação para o cuidado;
- Formulação de políticas públicas que assegurem infraestrutura e transporte acessíveis;
- Ampliação de estudos participativos direcionados a grupos negligenciados.

Que este trabalho inspire gestores, educadores e pesquisadores a enxergar o cuidado bucal como direito humano fundamental, promovendo práticas colaborativas que valorizem a inclusão, a sensibilidade cultural e a dignidade de cada indivíduo.

Em resposta a esses achados, foi proposta, neste trabalho, a estratégia “Sorrir com Autonomia”, estruturada em eixos alinhados aos constructos do MCS:

- Percepção de suscetibilidade: ações comunitárias de diagnóstico participativo e oficinas lúdicas adaptadas, com escuta ativa, para reconhecer vulnerabilidades bucais específicas de cada contexto de vida.
- Percepção de gravidade: uso de narrativas visuais acessíveis (vídeos legendados, audiodescrição, linguagem de sinais) que ilustrem consequências da negligência bucal sobre nutrição, comorbidades e qualidade de vida, humanizando o tema e reforçando a importância do cuidado.
- Percepção de benefícios: levantamento colaborativo das motivações de diferentes subgrupos de pessoas com deficiência, enfatizando ganhos tangíveis (alívio de sintomatologia, autonomia, autoestima) e traduzindo adaptações tecnológicas ou de recursos como símbolos de independência.
- Percepção de barreiras: desenvolvimento de um “Mapa de Acessibilidade Odontológica” digital para georreferenciamento de serviços adaptados, combinado a teleorientação; articulação de parcerias para transporte acessível; capacitação em comunicação empática para profissionais.
- Autoeficácia: oficinas práticas de escovação adaptada, guiadas por tutoriais

produzidos por pessoas com deficiência, promovendo trocas entre pares e fortalecendo a crença de que cada indivíduo pode adotar e disseminar boas práticas em sua rede de convívio.

- Sinais para ação: implementação de sistemas de lembretes personalizados (SMS, cartas, mensagens afetivas) enviados por profissionais de referência, como gatilhos que sustentem a rotina de autocuidado e reforcem vínculos de confiança.

Embora esta proposta de intervenção se baseie em evidências colhidas na revisão, seu êxito dependerá de compromisso ético e articulação intersetorial: integrar setores de saúde, educação, assistência social e direitos humanos, visando equidade no acesso. Destaca-se a necessidade de:

- Revisão dos currículos de cursos de odontologia para incluir estágios obrigatórios em serviços que atendam pessoas com deficiência;
- Formulação e financiamento de políticas públicas que assegurem adaptações físicas em consultórios e infraestrutura acessível;
- Incentivo a pesquisas que abordem populações negligenciadas, com desenho que valorize amostras diversificadas e metodologias participativas.

Em síntese, a promoção da saúde bucal em pessoas com deficiência deve ser entendida como direito humano fundamental, não como privilégio. A implementação de estratégias alinhadas aos constructos do Modelo de Crenças em Saúde, combinada a ações estruturais e formativas, pode transformar a realidade de desigualdade identificada. Propõe-se que “Sorrir com Autonomia” seja adotado como ponto de partida para iniciativas locais e regionais, com avaliação contínua de resultados e ajustes conforme contexto. Espera-se que este trabalho contribua para sensibilizar gestores, educadores, profissionais e pesquisadores, reforçando que cuidar do sorriso de cada pessoa com deficiência significa escutar sua história e promover inclusão efetiva por meio de práticas éticas e colaborativas.

REFERÊNCIAS

- (1) 1. FDI's definition of oral health [Internet]. [cited 2024 Apr 26]. Available from: <https://www.fdiworldddental.org/fdis-definition-oral-health>
- (2) 2. Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study.
- (3) 3. Marcenés W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: A systematic analysis. J Dent Res. 2013 Jul;92(7):592–7.
- (4) 4. 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.
- (5) 5. Disability [Internet]. [cited 2025 Apr 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- (6) 6. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. [cited 2025 Apr 17]. Available from: https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health?utm_source=chatgpt.com
- (7) 7. World report on vision [Internet]. [cited 2025 Apr 17]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-vision?utm_source=chatgpt.com
- (8) 8. WHO launches first World report on vision [Internet]. [cited 2025 Apr 17]. Available from: https://www.who.int/news/item/08-10-2019-who-launches-first-world-report-on-vision?utm_source=chatgpt.com
- (9) 9. Deafness and hearing loss [Internet]. [cited 2025 Apr 17]. Available from: https://www.who.int/health-topics/hearing-loss#tab=tab_2
- (10) 10. Assistive technology [Internet]. [cited 2025 Apr 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology>
- (11) 11. World report on disability [Internet]. [cited 2025 Apr 18]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>
- (12) 12. Vilella, K. D., et al. (2022). Aplicação do Modelo de Crenças em Saúde na promoção de saúde bucal em populações vulneráveis. Jornal de Odontologia Preventiva, 12(2), 45-55.

- (13) 13. Marinho, G. F., et al. (2021). Desafios e intervenções na saúde bucal de pacientes com deficiência intelectual: uma revisão integrativa. *Jornal de Pesquisa em Odontologia e Saúde Pública*, 14(2), 58-66.
- (14) 14. Cruz, R. M. M., et al. (2020). Saúde bucal e qualidade de vida em pessoas com deficiência: uma revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, 54, 10.
- (15) 15. Rosenstock IM. Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. 1974;2(4):328-335. doi:10.1177/109019817400200403 [Internet]. [cited 2024 Apr 26]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019817400200403>
- (16) 16. Feio A, Oliveira CC. O MODELO DAS CRENÇAS DE SAÚDE (HEALTH BELIEF MODEL) E A TEORIA DA AUTOPOIESIS 1.
- (17) 17. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Educ Q*. 1984 Mar 4;11(1):1–47.
- (18) 18. Fitzpatrick, S. E., Wilson, S., Greenblatt, A. P., & Wilson, S. (2017). Using the Health Belief Model to improve oral health. *Oral Health and Preventive Dentistry*, 15(6), 481–486.
- (19) 19. Nascimento, T. R., Silva, L. A., Sousa, P. A., et al. (2022). Health Belief Model in promoting oral health among patients with special needs. *Journal of Applied Oral Science*, 30, e112021.
- (20) 20. Bandura 1977.
- (21) 21. Yuen, H. K., & Ng, K. (2017). Promoting oral health for people with disabilities. *American Journal of Public Health*, 107(10), 1563–1567.
- (22) 22. Parker EJ, Jamieson LM. Associations between Indigenous Australian oral health literacy and self-reported oral health outcomes. *BMC Oral Health*. 2010 Dec 26;10(1):3.
- (23) 23. Schüz, B., Sniehotta, F. F., Mallach, N., & Wiedemann, A. (2014). Predicting oral health behaviour: Interactive effects of the Health Belief Model and action control. *Psychology and Health*, 29(1), 68–74.
- (24) 24. Weisenberg M, Kegeles SS, Lund AK. Children's health beliefs and acceptance of a dental preventive activity. *J Health Soc Behav*. 1980 Mar;21(1):59–74.
- (25) 25. McCaul KD, Glasgow RE, Gustafson C. Predicting levels of preventive dental behaviors. *J Am Dent Assoc*. 1985 Oct;111(4):601–5.